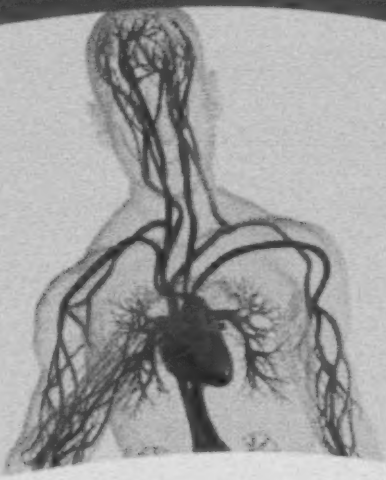
RLISS du Centre-Est

La collectivité avant tout

Des communautés impliquées, des communautés en santé.
Rapport annuel 2013-2014 du RLISS du Centre-Est



Ontario
Réseau local d'intégration des services de santé

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE-EST (9)

La *Loi sur l'intégration du système de santé local*, adoptée en mars 2006, a pour objet de fournir un système de santé intégré qui voit à l'amélioration de la santé des Ontariens à travers l'accès à des services de santé de haute qualité, des soins de santé coordonnés et une gestion efficace du système de santé de local par les Réseaux locaux d'integration du système de santé (RLISS).
Les RLISS ont la responsabilité de planifier, intégrer et financer les fournisseurs de services de santé (hôpitaux, maisons de soins de longue durée, services de soutien communautaires, centres de santé communautaires, centres d'accès aux soins communautaires et organismes de santé mentale et toxicomanie) de leurs régions géographiques respectives. Les RLISS ont reçu le pouvoir et la responsabilité de financer leurs fournisseurs le 1er avril 2007.
Ceci est le septième rapport annuel correspondant au plein pouvoir des RLISS.

Pour en savoir plus sur les RLISS et pour obtenir des réponses aux questions fréquemment posées, veuillez consulter le site web du RLISS du Centre-Est à www.centraleastlhin.on.ca.

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE 2

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 3

INTRODUCTION 4

ENTENTE DE RENDEMENT MINISTÈRE-RLISS (ERMR) 5

PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS 2013-2016 DU RLISS DU CENTRE-EST 11

Mise en œuvre du PSSI 13

Objectif stratégique n° 4 du Plan de services de santé intégrés : 17

Activités de participation communautaire 19

Initiatives pour francophones 20

Initiatives pour Autochtones 21

Structures de participation 23

Activités de participation 27

Intégration 28

Maillons santé 28

ANALYSE DU RENDEMENT OPÉRATIONNEL DU RLISS DU CENTRE-EST 34

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT 35

État de la situation financière 36

État de la situation financière 37

État de la variation de la dette nette 38

État des flux de trésorerie 39

MEMBRES DU PERSONNEL 54

COORDONNÉES 55

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Le rapport annuel de cette année tire son titre – La collectivité avant tout – du Plan de services de santé intégrés 2013-2016 (PSSI) du RLISS du Centre-Est. Le troisième PSSI du RLISS décrit encore une fois le but commun du système de santé local et présente le grand thème du RLISS : *« La collectivité avant tout – Aider les résidents du RLISS du Centre-Est à passer plus de temps à la maison et dans leur collectivité. »*

En se guidant sur son PSSI 2013-2016, qui est clair, mesurable, axé sur les résultats *et qui trace une carte de route énergique mais réaliste pour l'amélioration des soins de santé dans notre région,* le RLISS du Centre-Est poursuit la mise en place, en collaboration avec ses collectivités, d'un système intégré, viable et de qualité qui est axé sur le patient et tourné vers les résultats.

Encore une fois cette année, le rapport annuel démontre comment les RLISS facilitent l'intégration efficace et efficiente des services de santé, favorisant ainsi l'accès de la population aux meilleurs soins à l'endroit et au moment appropriés. Le RLISS du Centre-Est a continué de mener à bien ce mandat au moyen d'activités de participation communautaire, de planification du système de santé local, de financement, de répartition des ressources, de responsabilisation et de gestion du rendement.

Nous reconnaissons que la stratégie « La collectivité avant tout » exigera des mesures bien circonscrites et de la discipline pour mettre en place un système de santé communautaire capable de répondre de façon proactive aux nouvelles tendances en matière de santé au sein de nos collectivités. Lorsque l'on pense aux changements radicaux qui ont cours à l'égard du financement de la santé, des pratiques cliniques, de la technologie et de la composition démographique de notre région, on constate que ces changements sont trop importants et ont trop d'ampleur pour les laisser se dérouler sans intervenir activement.

La stratégie *La collectivité avant tout* du RLISS du Centre-Est est enracinée dans nos quatre cibles stratégiques. Ce rapport annuel indique les progrès accomplis en 2013-2014 vers la réalisation des quatre cibles :

- Réduire la demande de soins de longue durée afin que les personnes âgées passent 320 000 jours de plus à domicile dans leur collectivité en 2016.
- Continuer à améliorer la santé vasculaire de nos résidents afin qu'ils passent 25 000 jours de plus à domicile dans leur collectivité en 2016.
- Consolider le système de soutien des personnes ayant des problèmes liés à la santé mentale et à la toxicomanie afin que ces personnes passent 15 000 jours de plus à domicile dans leur collectivité en 2016.
- Accroître le nombre de patients en soins palliatifs qui décèdent à la maison par choix afin qu'ils passent 12 000 jours de plus dans leur collectivité en 2016.

Comme toujours, nous tenons à remercier les centaines de fournisseurs de services de santé – médecins, personnel infirmier, paramédicaux, personnel de soutien, administrateurs et bénévoles – qui se dévouent pour les patients, les clients, les consommateurs et leurs familles et qui travaillent avec nous à traduire en action la vision *Des collectivités impliquées. Des collectivités en santé.*

C'est grâce à leur soutien que nous avons pu mettre en place les programmes novateurs décrits dans ce rapport. Nous ne manquerons pas de faire connaître, dans le cadre de nos activités de communication et de participation, les progrès que nous avons réalisés collectivement au cours des mois et des années qui viennent.

Original signé par

Wayne Gladstone,
Président

Original signé par

Deborah Hammons,
Directrice générale

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Première rangée

Samantha Singh, membre
Mandat :
17 juin 2010 – 16 juin 2016

Wayne Gladstone, président
Mandat :
2 juin 2010 – 14 juin 2016

Amorell Saunders N'Daw membre
Mandat :
2 avril 2014 – 1er avril 2017

Chuck Powers, membre
Mandat :
2 juin 2011 – 1er juin 2014

Deuxième rangée

Valmay Barkey, membre
Mandat :
2 juin 2011 – 1er juin 2015

David Sudbury, vice-président
Mandat :
17 juin 2010 – 16 juin 2016

Margaret Risk, membre
Mandat :
17 mai 2011 – 16 mai 2017

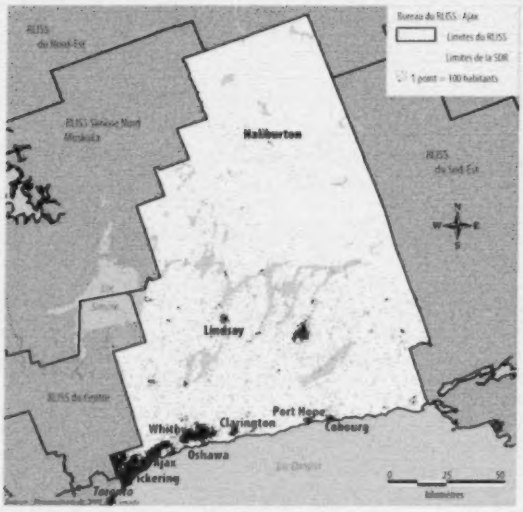
Joanne Hough, membre
Mandat :
4 mai 2011 – 3 mai 2017

La structure de gouvernance des RLISS est établie par la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. Les RLISS sont des organismes sans but lucratif administrés par des administrateurs nommés par la province. Le conseil d'administration de chaque RLISS compte au maximum neuf membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil pour un mandat de trois ans renouvelable une fois. Le lieutenant-gouverneur en conseil désigne un président et au moins un vice-président parmi les membres du conseil. Celui-ci gère et administre les affaires du RLISS et il est le point central des relations avec le ministère. Le conseil peut adopter des règlements et des résolutions et former des comités. Certains règlements doivent être soumis à l'approbation du ministère. Tous les détails sur le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est sont présentés sur le site web du RLISS du Centre-Est à http://www.centraleastlhin.on.ca.

INTRODUCTION

Le RLISS du Centre-Est est l'un des quatorze Réseaux locaux d'intégration des services de santé établis par le gouvernement de l'Ontario à titre d'organisations communautaires chargées de planifier, coordonner, intégrer et financer les services de santé au niveau local, y compris les hôpitaux, les maisons de soins de longue durée, les Centres d'accès aux soins communautaires, les services de soutien communautaires, les services communautaires de santé mentale et de toxicomanie et les centres de santé communautaires.

Carte de la population



En 2011, le RLISS du Centre-Est a eu la deuxième population la plus élevée de la province, soit 11,8% de la population de l'Ontario. Entre 2006 et 2011, la population du RLISS du Centre-Est a augmenté de 5,5%, ce qui est semblable au taux de croissance provincial. Entre 2011 et 2016, la crissance prévue de population sera de 8,2% et en 2021 la population aura augmenté de 17,0%. On prévoit que la projection de la croissance de la population de l'Ontario sera de 13,0% pour la même période. En 2011, plus de 14% de la population du RLISS du Centre-Est étaient des personnes âgées de 65 ans et plus. En 2016, les personnes âgées représenteront 16% de la population du RLISS et en 2021, il sera de 18%. Les projections démographiques de 2008/2013 (projection de cinq ans) indiquent qu'il y aura une croissance de six pour cent avec des augmentations annuelles progressives, de 1% à 1,3%.

Le RLISS comprend l'est de la ville de Toronto (i.e. Scarborough). Ce secteur représente environ 42 % de la population du RLISS. Oshawa, Whitby, Pickering et Ajax, ensemble, représentent un nombre additionnel de 30 % des résidents du RLISS. En 2006, un peu plus de 70 % de la population du RLISS ont déclaré l'anglais comme langue maternelle, et seulement 1,4 % de la population ont délaré le français comme langue maternelle. En 2006, un tiers de la population du RLISS étaient des immigrants - 5,6 % étaient de nouveaux arrivants, étant arrivés au Canada entre 2001 et 2006.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, RLISS DU CENTRE-EST			
	RLISS DU CENTRE-EST	**Ontario**	**Commentaires**
Population, 2011 (min. Fin.)*	1 572 453	13 372 996	Au 2e rang dans la province*
% population âgée de 65 ans et plus	14,4 %	14,2 %	13,7 % dans la grappe de Scarborough à 20,3 % dans la grappe du Nord-Est
La langue maternelle est l'anglais	72,1 %	69,8 %	
La langue maternelle est le français	1,4 %	4,4 %	
Immigrants	33,3 %	28,3 %	
Immigrants récents (2001-2006)	5,6 %	4,8 %	
Minorités visibles	34,5 %	22,8 %	
D'origine autochtone	1,2 %	2,0 %	
Taux de participation des travailleurs (15 ans et plus)	65,6 %	67,1 %	
Taux de chômage, 2011 (15 ans et plus)	10,0 %	7,8 %	Au 2e rang parmi les RLISS
Ont un faible revenu	16,1 %	14,7 %	Au 3e rang parmi les RLISS
Sans certificat ni diplôme (25 à 64 ans)	13,6 %	13,5 %	
Ont complété des études post-secondaires (25 à 64 ans)	59,2 %	61,4 %	

** (min. Fin.) Estimations et prévisions du ministère des Finances*

Source : PSSI 2013-2016 – Analyse environnementale

ENTENTE DE RENDEMENT MINISTÈRE-RLISS (ERMR)

Qu'est-ce qu'une ERMR?

Le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre-Est et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ont signé une entente de rendement qui définit les obligations et responsabilités respectives du RLISS et du ministère pour une période de temps définie. L'entente de rendement ministère-RLISS (ERMR) fixe les attentes envers le RLISS dans différents domaines : la participation communautaire, la planification et l'intégration, la gestion du système de santé local, la gestion financière, le rendement du système de santé local et la et la production de rapports. L'ERMR se reflète dans les ententes de responsabilisation que le RLISS a négociées avec tous ses fournisseurs de services de santé.

Indicateurs de rendement de l'EPMR

L'Entente de rendement ministère-RLISS décrit la relation mutuelle entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le RLISS du Centre-Est en matière de leurs obligations de rendement respectives pour l'exercice 2013-2014. Le tableau qui suit indique la performance du RLISS du Centre-Est par rapport aux cibles fixées pour l'exercice 2013-2014

Indicateurs de rendement 2013-2014 de l'ERMR du RLISS du Centre-Est

Indicateur de rendement	RLISS Point de départ 2013-2014	RLISS Cible de rendement 2013-2014	Rendement du RLISS pendant le trimestre 2013-2014 le plus récent	Résultat annuel du RLISS Exercice 2013-2014
1. Accès aux services de santé				
1. Durée du séjour du 90e percentile dans les urgences pour les patients admis	33,72	30,00	36,75	30,28
2. Durée du séjour du 90e percentile dans les urgences pour les patients non admis au cas complexe (ÉTG I-III)	6,45	6,45	6,12	6,02
3. Durée du séjour du 90e percentile dans les urgences pour les patients non admis au cas mineur et non complexe (ÉTG IV-V)	4,13	4,00	3,97	3,88
4. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (84 jours) pour la chirurgie du cancer	96,00 %	90,00 %	96,65 %	98,10 %
5. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (90 jours) pour les pontages coronariens	S/O	S/O	S/O	S/O
6. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (182 jours) pour la chirurgie de la cataracte	99,00 %	90,00 %	99,02 %	97,98 %
7. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (182 jours) pour le remplacement de la hanche	96,00 %	90,00 %	96,35 %	92,06 %
8. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (182 jours) pour le remplacement du genou	96,00 %	90,00 %	95,24 %	91,08 %
9. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (28 jours) pour les examens d'imagerie par résonance magnétique	47,00 %	50,00 %	85,10 %	64,38 %
10. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (28 jours) pour les tomodensitogrammes	91,00 %	90,00 %	91,60 %	92,97 %
2. Intégration et coordination des soins				
11. Pourcentage de jours d'autre niveau de soins (ANS) – par RLISS de l'établissement*	13,48 %	12,80 %	14,18 %	15,85 %
12. Temps d'attente du 90e percentile pour les services à domicile offerts par le CASC – passage du milieu communautaire à un service du CASC (à l'exclusion de la gestion de cas)*	29,00	29,00	40,00	38,00

3. Qualité et amélioration des résultats de santé				
13. Réadmission dans les 30 jours pour certains groupes composant la clientèle**	16,02 %	14,80 %	17,12 %	16,26 %
14. Nouvelles visites non prévues aux urgences dans les 30 jours pour problèmes liés à la santé mentale*	18,60 %	17,00 %	18,68 %	18,47 %
15. Nouvelles visites non prévues aux urgences dans les 30 jours pour problèmes liés à la toxicomanie*	24,30 %	22,50 %	24,38 %	24,84 %

Remarque :
***Les données de l'année 2013-2014 sont fondées sur les données dont on dispose pour les quatre derniers trimestres (T4 2012-2013 à T3 2013-2014).**
****Les données de l'année 2013-2014 sont fondées sur les données dont on dispose pour les quatre derniers trimestres (T3 2012-2013 à T2 2013-2014).**

À la fin de 2013-2014, le RLISS du Centre-Est avait **atteint huit des quatorze cibles de rendement** indiquées dans l'ERMR. Voici une description de ces huit cibles accompagnée d'explications :

Indicateur de rendement n° 2 – CIBLE ATTEINTE
Durée du séjour du 90e percentile dans les urgences pour les patients non admis à cas complexe (ÉTG I-III)
Le RLISS du Centre-Est se situe sous la ligne médiane pour cet indicateur depuis novembre 2012. Le RLISS du Centre-Est a connu une tendance à la hausse entre septembre 2013 et janvier 2014. Le RLISS du Centre-Est a atteint la cible de l'ERMR pour 2013-2014 de 6,45 heures pour l'ensemble de l'exercice.

Indicateur de rendement n° 3 – CIBLE ATTEINTE
Durée de séjour aux urgences du 90e percentile des patients non admis à cas mineur non complexe (ÉTG IV-V)
Le RLISS du Centre-Est a atteint la cible de l'ERMR de 4,0 heures pour 11 des 12 mois de l'année 2013-2014. En mars 2014, le RLISS a connu une légère hausse à 4,1 heures de cet indicateur.

Indicateur de rendement n° 4 – CIBLE ATTEINTE
Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (84 jours) pour la chirurgie du cancer
Le résultat annuel de 98,10 % de cet indicateur de rendement est supérieur de beaucoup à la cible de 90 % négociée pour 2013-2014. Ce résultat indique que tous les hôpitaux du RLISS du Centre-Est ont dépassé la cible, Lakeridge Health Corporation, l'Hôpital Ross Memorial et Rouge Valley Health System atteignant 100 %. Ce résultat est attribuable au travail accompli par le groupe de travail sur la stratégie en matière de temps d'attente mis sur pied par le RLISS du Centre-Est au début de l'exercice 2009-2010. Tous les hôpitaux ont participé aux travaux de ce comité visant à diffuser les pratiques exemplaires et identifier et atténuer les points de pression et les risques. Le RLISS du Centre-Est a mis en œuvre l'outil SUBMIT de gestion intégrée des rendez-vous en chirurgie en juin 2012 pour améliorer la gestion des temps d'attente. Les hôpitaux et le RLISS du Centre-Est ont mis en place des initiatives d'amélioration continue des données sur la qualité. De nouveaux indicateurs de temps d'attente portant sur le pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès ont été incorporés dans les ententes de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) 2013-2014.

Indicateur de rendement n° 5 – CIBLE S/O
Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (90 jours) pour les pontages coronariens
Sans objet.

Indicateur de rendement n° 6 – CIBLE ATTEINTE
Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (182 jours) pour la chirurgie de la cataracte

Comme nous l'avons signalé plus haut, la participation active des hôpitaux, la mise en œuvre de l'outil SUBMIT et l'incorporation de cet indicateur de temps d'attente dans les ententes de responsabilisation en matière de services hospitaliers ont permis aux hôpitaux du RLISS du Centre-Est d'atteindre ou de dépasser cette cible en 2013-2014. Le RLISS du Centre-Est, en collaboration avec les directions cliniques et financières des hôpitaux et du centre d'accès aux soins communautaires (CASC), a déterminé, dans le cadre d'un processus de planification mené à bien en 2012-2013, que le modèle optimal de prestation des services à l'égard des cataractes était l'optimisation par volumes. Des volumes ont été alloués aux hôpitaux en vue d'optimiser la gestion des temps d'attente et de nouveaux indicateurs de temps d'attente, qui mesurent le pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès, ont été insérés dans les ERS-H 2013-2014.

Indicateur de rendement n° 7 – CIBLE ATTEINTE
Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (182 jours) pour le remplacement de la hanche
Comme pour les indicateurs de rendement n° 4 et n° 6, le travail assidu du groupe de travail sur la stratégie en matière de temps d'attente et la mise en œuvre de l'outil SUBMIT ont grandement aidé à atteindre cette cible. En outre, des volumes ont été alloués aux hôpitaux en vue d'optimiser la gestion des temps d'attente et de nouveaux indicateurs de temps d'attente, qui mesurent le pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès, ont été insérés dans les ERS-H 2013-2014. Certains hôpitaux ont adopté des stratégies d'atténuation en vue d'améliorer leur rendement, notamment par l'ouverture de nouvelles salles de chirurgie et les communications incessantes avec les chirurgiens. En 2013-2014, le RLISS du Centre-Est, en collaboration avec les directions cliniques et financières des hôpitaux et du CASC, dans le cadre d'un processus régional de planification des interventions orthopédiques, a défini et mis en place le modèle optimal de prestation des services pour tous les actes médicaux fondés sur la qualité (AMQ) en orthopédie. Ce travail se poursuivra en 2014-2015.

Indicateur de rendement n° 8 – CIBLE ATTEINTE
Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (182 jours) pour le remplacement du genou
Similaire au remplacement de la hanche – voir le texte ci-dessus. En outre, étant donné la hausse de la demande de remplacement du genou en comparaison du remplacement de la hanche, les hôpitaux ont pu répartir différemment les demandes pour ces deux types de chirurgie dans le cadre du processus de réallocation en 2013-2014, sous réserve de l'approbation du RLISS et du ministère.

Indicateur de rendement n° 9 – CIBLE ATTEINTE
Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (28 jours) pour les examens d'imagerie par résonance magnétique
Comme nous l'avons indiqué plus haut, au début de 2009-2010 le RLISS du Centre-Est a mis sur pied un groupe de travail sur la stratégie en matière de temps d'attente. Tous les hôpitaux ont participé aux travaux de ce comité pour partager les pratiques exemplaires et identifier et atténuer les points de pression et les risques. D'autre part, un second groupe de travail sur l'imagerie diagnostique se penche sur les problèmes systémiques qui poussent les temps d'attente vers le haut, tels la formation des médecins de première ligne, les radiologues, les modèles d'acheminement et les protocoles de pratique exemplaire. Les hôpitaux et le RLISS du Centre-Est ont mis en place ensemble des programmes d'amélioration continue de la qualité des données et des indicateurs de rendement en matière de temps d'attente qui ont été incorporés dans les ERS-H avec des cibles négociées pour chaque hôpital. Les volumes sont répartis entre les hôpitaux de façon à optimiser le rendement à l'égard des temps d'attente et les volumes non atteints sont réalloués aux hôpitaux qui ont une plus grande capacité sur une base continue. Quoi qu'il en soit, en 2013-2014, le RLISS du Centre-Est a continué à avoir beaucoup de mal à atteindre la cible provinciale en matière de temps d'attente, les établissements hospitaliers ayant de longues listes d'attente et les heures allouées pour l'imagerie par résonance magnétique ne suffisant pas à répondre à la demande. Le plan d'amélioration du rendement de chaque établissement a fait l'objet d'une analyse et, le cas échéant, des mesures d'atténuation ont été mises en place en vue d'améliorer le rendement

global. Quand les fonds le permettaient, le RLISS a aussi alloué des heures d'imagerie par résonance magnétique supplémentaires afin d'améliorer cet indicateur de rendement en 2014-2015.

Indicateur de rendement n° 10 – CIBLE ATTEINTE
Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (28 jours) pour les tomodensitogrammes
Comme nous l'avons indiqué précédemment, au début de 2009-2010 le RLISS du Centre-Est a mis sur pied un groupe de travail sur la stratégie en matière de temps d'attente. Tous les hôpitaux ont participé aux travaux de ce comité pour partager les pratiques exemplaires et identifier et atténuer les points de pression et les risques. D'autre part, un second groupe de travail sur l'imagerie diagnostique se penche sur les problèmes systémiques qui poussent les temps d'attente vers le haut, tels la formation des médecins de première ligne, les radiologues, les modèles d'acheminement et les protocoles de pratique exemplaire. Les hôpitaux et le RLISS du Centre-Est ont mis en place ensemble des programmes d'amélioration continue de la qualité des données et des indicateurs de rendement en matière de temps d'attente qui ont été incorporés dans les ERS-H avec des cibles négociées pour chaque hôpital. Les volumes sont répartis entre les hôpitaux de façon à optimiser le rendement à l'égard des temps d'attente et les volumes non atteints sont réalloués aux hôpitaux qui ont une plus grande capacité sur une base continue. Pratiquement tous les hôpitaux du RLISS du Centre-Est ont affiché un rendement égal ou supérieur à la cible fixée pour le RLISS du Centre-Est, un seul hôpital se situant légèrement sous la cible. Le RLISS du Centre-Est continuera de surveiller étroitement le rendement des hôpitaux et envisage d'appliquer l'outil SUBMIT à l'imagerie diagnostique pour faciliter la gestion des temps d'attente.

À la fin de 2013-2014, le RLISS du Centre-Est n'avait pas atteint **six des quatorze cibles de rendement** désignées dans l'ERMR. Voici une description de ces six cibles accompagnée d'explications :

Indicateur de rendement n° 1 – CIBLE NON ATTEINTE
Durée du séjour du 90e percentile dans les urgences pour les patients admis
En 2013-2014, le score du RLISS du Centre-Est pour les personnes admises à l'urgence s'est situé sous la médiane (36,6 heures). Cette tendance à la hausse révèle que les changements se produisent lentement. Historiquement, le mois de janvier a connu la durée de séjour la plus longue dans les services des urgences pour les patients admis. Le nombre de visites dans les urgences a connu une hausse significative et le nombre d'admissions a dépassé la capacité existante et toute capacité additionnelle qui a été mise en place. L'Hôpital Rouge Valley d'Ajax et de Pickering, par exemple, connaît une vigoureuse croissance des malades admis par l'intermédiaire de l'urgence – une hausse de 16,3 % depuis 2009. Afin d'améliorer la capacité et le rendement des urgences, le RLISS du Centre-Est a identifié les pratiques exemplaires qui devraient permettre de réduire la demande, améliorer la qualité des urgences et réduire l'utilisation et les coûts tout en mettant en place des soins axés sur le patient. Des initiatives visant à réduire la durée des séjours dans les urgences et améliorer la satisfaction des patients ont été ciblées par les hôpitaux participant au Programme de financement axé sur les résultats. Ces projets ont donné des résultats positifs en permettant d'améliorer les processus dans les services des urgences et le mouvement des patients. Des méthodes d'amélioration des processus (p. ex. la stratégie LEAN d'utilisation judicieuse des ressources) sont employées pour optimiser le mouvement des patients dans les urgences et dans tout l'hôpital. Le RLISS du Centre-Est concentre son action sur des activités intra et extra-hospitalières en vue d'améliorer le mouvement des patients. Le RLISS du Centre-Est accorde la priorité à la viabilité du programme Chez soi avant tout dans tous les hôpitaux sous son aile et porte une attention constante à l'accès aux programmes et services post-actifs, notamment les soins de longue durée, les soins continus complexes, la réadaptation pour malades hospitalisés et l'aide à la vie autonome. Des maillons santé et le système d'appariement des ressources et d'orientation sont mis en place en vue de réduire le temps d'attente aux urgences et améliorer le mouvement des malades.

Indicateur de rendement n° 11 – CIBLE NON ATTEINTE
Pourcentage de jours d'autre niveau de soins (ANS) – par RLISS de l'établissement*
À titre de rappel, le défi que présente cet indicateur est que la mesure est prise seulement quand le patient reçoit son congé de l'hôpital. Les nombres sont plus élevés lors des périodes où l'on réussit à mettre en congé un grand nombre de patients désignés ANS ou des patients portant la désignation ANS depuis longtemps.

Pour améliorer l'utilisation des lits, le RLISS du Centre-Est s'est efforcé de déplacer les malades hospitalisés vers le milieu de soins le plus approprié, qui est parfois la collectivité. La gestion continue et la viabilité du programme Chez soi avant tout reste du ressort du CASC du Centre-Est. Celui-ci préside d'ailleurs le comité de direction du programme Chez soi avant tout pour l'ensemble du RLISS. Ce comité est composé de représentants du RLISS, de chaque hôpital, de chaque organisme de services de soutien communautaire et du CASC lui-même. Les activités de Chez soi avant tout sont supervisées et revues continuellement. Les cas d'ANS sont examinés sur une base régulière et des réunions de soutien à la mise en congé rapide ont lieu fréquemment. Les patients à risque au moment de la mise en congé sont identifiés lors de réunions éclairs dans tous les hôpitaux. Le CASC évalue régulièrement les besoins de séances de rafraîchissement à l'égard du programme Chez soi avant tout et agit en conséquence.

Le RLISS du Centre-Est reste continuellement en contact avec les directions des hôpitaux et ses partenaires communautaires pour cerner les problèmes en matière d'ANS et trouver des solutions. Une attention particulière est accordée aux défis systémiques en matière de soins post-actifs, à l'accès aux soins de longue durée et à l'aide à la vie autonome en santé mentale.

Le RLISS du Centre-Est a investi plus de 27 M $ dans l'amélioration des soins et les mesures de soutien dans la collectivité y compris des programmes de jour pour adultes supplémentaires, des services d'aide à la vie autonome et des équipes d'évaluation et d'intervention gériatrique. L'investissement comprend aussi le financement du CASC du Centre-Est pour offrir des soins à domicile et pour atteindre la cible de temps d'attente maximal de cinq jours pour les services de soutien aux clients ayant des besoins complexes. À mesure que ces programmes deviendront opérationnels, ils aideront les personnes âgées et les autres personnes aux besoins complexes à éviter l'hospitalisation ou à retourner à la maison plus rapidement avec des mesures de soutien, ce qui contribuera potentiellement à réduire le nombre de désignations ANS.

D'autres investissements ont été faits dans la méthode d'évaluation et de rétablissement dans le RLISS du Centre-Est, grâce auxquels ont pourra améliorer le dépistage, l'évaluation, le placement, l'intervention d'évaluation et de rétablissement et, enfin, la transition vers le domicile.

Indicateur de rendement n° 12 – CIBLE NON ATTEINTE
Temps d'attente du 90e percentile pour les services à domicile offerts par le CASC – passage du milieu communautaire à un service du CASC (à l'exclusion de la gestion de cas)
En 2013, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a réalisée sa réforme des services de physiothérapie qui comprend notamment l'élargissement des services de physiothérapie à domicile à 60 000 autres aînés ou personnes ayant des problèmes de mobilité. Dans le cadre de cette initiative, le ministère a demandé aux CASC de vider leurs listes d'attente en physiothérapie en prévision d'un afflux substantiel de nouveaux clients après le 1er août 2013. C'est seulement au moment où le patient est retiré de la liste d'attente pour passer au « service actif » que la période passée sur la liste d'attente est comptabilisée pour cet indicateur de rendement. Étant donné cette situation et certains aspects techniques de l'indicateur, le temps d'attente du 90e percentile pour le premier service à domicile a connu une hausse de 54 % (de 37 jours à 57 jours) et le nombre de nouveaux clients en physiothérapie a augmenté de 302 % (de 3 130 à 12 584) dans la province entre le T1 2013-2014 et le T2 2013-2014. En somme, bien que les temps d'attente déclarés aient augmenté, l'accès aux soins a connu une amélioration spectaculaire pendant cette période. Tous les RLISS ont déclaré une augmentation du nombre de clients en physiothérapie et onze RLISS ont déclaré une hausse du temps d'attente.

Indicateur de rendement n° 13 – CIBLE NON ATTEINTE
Réadmission dans les 30 jours pour certains groupes composant la clientèle
En 2013-2014, le RLISS du Centre-Est a connu une saturation des cliniques d'insuffisance cardiaque congestive et des activités de centralisation des services de réadaptation cardiaque. Par conséquent, le RLISS a aidé les hôpitaux à procéder à l'intégration du programme régional de centralisation des admissions en réadaptation cardiaque. En 2013-2014, le RLISS a lancé un plan d'amélioration des processus en créant un processus de centralisation des admissions de diabétiques qui permettra de rationaliser la prise en charge de ces patients et des complications associées au diabète et améliorer l'accès aux programmes de formation des diabétiques et aux sites du Centre de soins complexes aux diabétiques. On prévoit que ces projets permettront de réduire le taux de réadmission pour certains groupes composant la clientèle en 2014-2015. Depuis avril 2013, certains programmes de formation des diabétiques doivent maintenant rendre compte au RLISS du Centre-Est et on s'attend à connaître une amélioration de la coordination de l'accès aux soins.

Indicateur de rendement n° 14 – CIBLE NON ATTEINTE
Nouvelles visites non prévues aux urgences dans les 30 jours pour problèmes liés à la santé mentale
Le RLISS du Centre-Est évalue présentement les initiatives existantes visant à faciliter l'atteinte de cet indicateur de l'ERMR. Ces initiatives (le Programme de l'hôpital au domicile et la Stratégie sur les opiacés) seront évaluées en comparaison des critères de financement initiaux, qui comprenaient les indicateurs de l'ERMR portant sur la santé mentale et la toxicomanie. Le RLISS du Centre-Est travaille aussi à mettre en place la Stratégie sur la santé mentale et la toxicomanie dont le but est de nous permettre d'atteindre autant l'objectif stratégique en santé mentale et toxicomanie du PSSI que les cibles de l'ERMR. Cette stratégie comprend des mesures d'amélioration de la qualité liées aux équipes de traitement communautaire dynamique et aux services hospitaliers à l'enfance et à l'adolescence qui sont actuellement rendus à la phase de la mise en œuvre, ainsi que le Projet d'examen des urgences communautaires qui remettra des recommandations en vue d'améliorer ce système à l'échelle du RLISS. Cet examen portera notamment sur les équipes itinérantes d'intervention d'urgence.

Indicateur de rendement n° 15 – CIBLE NON ATTEINTE
Nouvelles visites non prévues aux urgences dans les 30 jours pour problèmes liés à la toxicomanie
Le RLISS du Centre-Est évalue présentement les initiatives mises en œuvre en vue de faciliter l'atteinte de l'objectif stratégique du PSSI et des cibles de l'ERMR : la Stratégie de l'hôpital au domicile, la Stratégie sur les opiacés et l'expansion des services pour toxicomanes de Scarborough. Ces évaluations permettront de cerner les améliorations que l'on pourra apporter pour atteindre l'objectif du PSSI et les cibles de l'ERMR. De plus, le RLISS du Centre-Est lance actuellement un projet d'évaluation du système communautaire d'intervention d'urgence, et notamment des équipes itinérantes d'intervention d'urgence. Cela nous permettra de mieux définir le potentiel de soutien actuel et futur qu'offre ce système pour l'atteinte de l'objectif du PSSI et des cibles de l'ERMR.

PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS 2013-2016 DU RLISS DU CENTRE-EST

Pendant la période 2010-2013, le RLISS du Centre-Est a mis l'accent, dans le cadre de son second Plan de services de santé intégrés, sur l'atteinte de deux objectifs stratégiques : *réduire de 1 000 000 heures le temps passé par les patients dans les services d'urgence des hôpitaux en 2013* et *réduire l'impact des affections vasculaires de 10 % en 2013.*

Pour atteindre ces deux objectifs, le PSSI a identifié les populations cibles où le RLISS devait intervenir en priorité :

- les personnes âgées à risque;
- les personnes ayant un problème de maladie mentale ou de toxicomane;
- les personnes aux prises avec une maladie chronique;
- les communautés et résidents francophones, des Premières nations et autochtones.

En avril 2014, le système avait éliminé 866 721 heures passées dans les services d'urgence des hôpitaux du RLISS du Centre-Est.

- Bien que la cible initiale de 1 000 000 heures n'ait pas été atteinte, le système de santé local – qui comprend les hôpitaux, les services de soutien communautaires, les organismes en santé mentale et en toxicomanie, les centres de santé communautaire et le Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est – a dû faire face à une hausse de 20,3 % du nombre de patients nécessitant des soins de niveau ÉTG I-III et une augmentation de 8,8 % du nombre de patients qui ont été hospitalisés à partir du service des urgences.
- Reconnaissant que plusieurs des initiatives lancées dans le cadre du PSSI 2010-2013 ont eu pour effet de retarder l'atteindre des cibles du système de santé, l'analyse finale des résultats du système concernant l'objectif portant sur les urgences incluait l'exercice 2013-14.

En avril 2013, le système avait éliminé 37 870 jours d'hospitalisation des patients ayant des problèmes vasculaires.

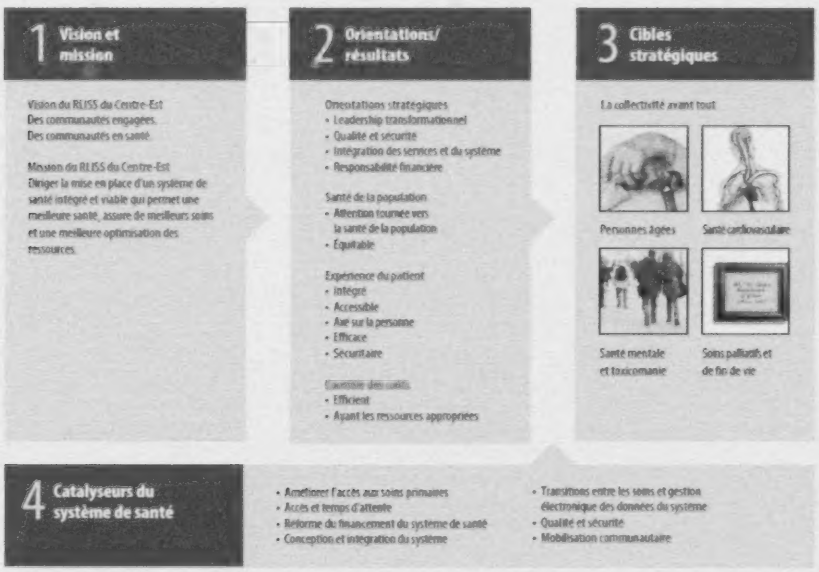
- Si l'on prend 10 000 jours d'hospitalisation comme mesure approximative d'une réduction de 10 % de l'impact des affections vasculaires, le système a largement dépassé la cible fixée. Ce succès a été obtenu malgré la hausse de 25 % du nombre de patients traités pour une maladie rénale, la hausse de 19 % du nombre de patients traités pour le diabète de type I et la hausse de 8 % du nombre de patients traités pour une cardiopathie ischémique. Pendant la même période, le RLISS du Centre-Est a enregistré une baisse de 382 cas de cœur pulmonaire.
- Le système a réagi à cette augmentation générale du volume en offrant des options de rechange sûres et accessibles aux soins vasculaires sous la forme de soins primaires et de services communautaires, qui ont entraîné une baisse de 14 % de la durée globale moyenne des séjours en milieu hospitalier et une réduction de 15 % des jours d'hospitalisation. De fait, le nombre de jours d'hospitalisation a chuté de 73 % chez les diabétiques, de 61 % pour les cas de démence vasculaire et de 43 % en cardiopathie.

En orientant les fournisseurs de services de santé sur ces objectifs stratégiques et sur les populations cibles, le système de santé a commencé à voir :

- des patients et des fournisseurs de soins formels et informels concernés, proactifs et préparés;
- une réduction des pressions évitables sur les urgences et des nouvelles hospitalisations;
- une baisse du temps d'attente dans les urgences;
- des soins fournis de façon plus appropriée dans la collectivité pour les patients qui n'ont plus besoin de soins actifs à l'hôpital;
- des soins hospitaliers utilisés de façon plus efficace et efficiente;
- une réduction de l'impact des affections vasculaires sur les résidents et sur le système de santé;
- une réduction du nombre de jours d'hospitalisation associés aux affections vasculaires;
- une réduction de la prévalence de maladies concomitantes chez les patients atteints d'une maladie chronique;
- une réduction des temps d'attente pour les services de diagnostic et de chirurgie;
- une amélioration de l'accès aux services de soins à domicile.

Ces succès ont formé un solide point de départ pour l'an 1 du Plan de services de santé intégrés 2013-2016 du RLISS du Centre-Est. Ce troisième PSSI fixe comme les précédents un objectif commun pour le système de santé local.

La carte stratégique du PSSI du RLISS du Centre-Est indique comment les orientations stratégiques du RLISS – leadership transformationnel, qualité et sécurité, intégration du système et des services de santé et responsabilité financière – forment la base du processus décisionnel qui mènera à un système très performant conforme à la vision *Des communautés engagées, des communautés en santé* et au mot d'ordre du RLISS : ***« La collectivité avant tout – Aidons les résidents du RLISS du Centre-Est à passer plus de temps à la maison et dans leur collectivité. »***



Cette stratégie se divise en quatre grands objectifs qui guideront le système au cours des trois prochaines années :

- Réduire la demande de soins de longue durée afin que les personnes âgées passent 320 000 jours de plus à domicile dans leur collectivité en 2016.
- Continuer à améliorer la santé vasculaire de nos résidents afin qu'ils passent 25 000 jours de plus à domicile dans leur collectivité en 2016.
- Consolider le système de soutien des personnes ayant des problèmes liés à la santé mentale et à la toxicomanie afin que ces personnes passent 15 000 jours de plus à domicile dans leur collectivité en 2016.
- Accroître le nombre de patients en soins palliatifs qui décèdent à la maison par choix afin qu'ils passent 12 000 jours de plus dans leur collectivité en 201[illegible]

Mise en œuvre du PSSI

Voici quelques-uns des accomplissements et initiatives qui ont été réalisés en 2013-2014, la première année du PSSI 2013-2016.

Objectif stratégique n° 1 du Plan de services de santé intégrés : Réduire la demande de soins de longue durée afin que les personnes âgées passent 320 000 jours de plus à domicile dans leur collectivité en 2016.

L'amélioration des soins prodigués aux personnes âgées représente toujours une grande priorité pour le RLISS du Centre-Est. La population de personnes âgées augmente et ce groupe a souvent des besoins complexes en matière de soins. C'est l'une des raisons derrière l'augmentation de la pression exercée sur les soignants, les communautés et notre système de santé. En 2013-2014, l'attention portée aux personnes âgées a permis d'améliorer l'expérience des patients et de leurs soignants, de même que la qualité et la viabilité générales du système de santé du RLISS du Centre-Est.

- **L'Entité régionale de services gériatriques spécialisés du Centre-Est** a poursuivi la mise en œuvre d'un ***modèle régional d'organisation, de coordination et de gouvernance des services gériatriques spécialisés*** en intégrant dans son mandat les initiatives et programmes suivants :
  - Réseau d'évaluation et d'intervention gériatrique (GAIN)
  - Infirmiers et infirmières de gestion des urgences en gériatrie
  - Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement
  - Personnel infirmier praticien d'aide aux équipes évitant les transferts (programme NPSTAT)
- De plus, l'Entité a réalisé une ***évaluation des besoins et analyse de capacité*** des services gériatriques spécialisés, formulé des ***normes de rendement*** pour les fournisseurs de services gériatriques spécialisés, mis au point un ***plan stratégique pluriannuel*** pour les services gériatriques spécialisés et entrepris l'élaboration et la mise en œuvre d'une ***stratégie de partage des communications, de participation communautaire et d'image de marque***.
- L'accès aux cliniques du Réseau d'évaluation et d'intervention gériatrique a été grandement facilité en 2013-2014 après que le RLISS eut annoncé que le programme serait étendu par la mise sur pied de **six nouvelles équipes communautaires d'évaluation et d'intervention gériatrique**. Le RLISS comptant déjà quatre cliniques du Réseau d'évaluation et d'intervention gériatrique basées dans les hôpitaux, le travail a commencé pour ***lancer des équipes multidisciplinaires à Scarborough, dans la région de***

Durham, à Lindsay, Peterborough et Northumberland afin de continuer à soutenir les patients à domicile et dans la collectivité. Appliquant les pratiques exemplaires en gérontologie ainsi que les évaluations et protocoles normalisés, les équipes ont commencé à ***créer des plans de soins intégrés personnalisés pour les personnes âgées à risque***. Les ***gestionnaires de cas***, en partenariat avec le fournisseur de soins principal de chaque patient, ont aussi commencé à travailler avec les personnes âgées et leurs soignants afin de les aider à mieux naviguer dans le système et à accéder aux programmes communautaires.

- Un nouveau **programme de stage** a été mis en place de janvier 2013 à mars 2013 à titre d'essai ***pour accroître la capacité en gériatrie spécialisée dans le RLISS du Centre-Est*** et quatre personnes ont participé à ce projet inaugural.
- On n'est jamais aussi bien que chez soi pour se rétablir après une maladie, reprendre des forces et prendre les décisions de vie importantes. Telle est la raison d'être du programme **Chez soi avant tout**, une initiative lancée en 2010-2011 qui est toujours à la base de la stratégie de mise en congé des patients du RLISS du Centre-Est et qui facilite le retour des personnes hospitalisées dans la collectivité au moment opportun et avec les mesures de soutien appropriées. Depuis le lancement de ce programme, il y a eu ***482 patients ANS (autre niveau de soins) de moins dans les hôpitaux du RLISS du Centre-Est et 573 patients de plus qui ont été ramenés à la maison***.
- En plus de l'expansion du modèle d'évaluation et d'intervention gériatrique pour inclure des équipes communautaires, le RLISS du Centre-Est a fait d'**importants investissements dans divers services** de la région pour faire en sorte que les personnes âgées et leurs soignants aient accès à de nombreux services communautaires aptes à les aider à résider dans le milieu le moins contraignant possible et qui répondent le mieux à leurs besoins. Dans le cadre de cet objectif, le RLISS a ***fait grimper le nombre de clients qui reçoivent des services du CASC du Centre-Est***; fourni ***plus de services d'assistance à la vie autonome pour personnes âgées à risque***, tout particulièrement dans les communautés chinoises et d'Asie du Sud de Scarborough ainsi que pour les personnes âgées à risque de Havelock et des environs, y compris Norwood, Lindsay, Campbellford et Cobourg; ***augmenté le nombre de clients âgés fragilisés dans les programmes de jour pour adultes existants***, y compris de ***nouveaux programmes pour les personnes âgées francophones d'Oshawa*** et pour les ***personnes âgées de la Première nation de Curve Lake***; mis en œuvre une stratégie en santé mentale et toxicomanie et ***augmenté le nombre d'équipes spécialisées de soutien des personnes atteintes de maladie mentale*** qui reçoivent des soins à domicile.
- Le 18 avril 2013, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé que plus de 200 000 personnes âgées et patients de plus dans la province profiteront d'un **accès amélioré aux classes de physiothérapie, de conditionnement physique et de prévention des chutes.** Le RLISS

On n'est jamais aussi bien que chez soi pour se rétablir après une maladie, reprendre des forces et prendre les décisions de vie importantes.

Telle est la raison d'être du programme Chez soi avant tout, une initiative lancée à l'échelle du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (RLISS du Centre-Est) dans le but d'aider les patients hospitalisés à retourner dans leur collectivité plus tôt avec les mesures de soutien appropriées.

Le principe à la base de Chez soi avant tout veut que tous les patients admis à l'hôpital devraient recevoir leur congé à la fin de la période de soins actifs.

« Les gens ont maintenant l'option de retourner chez eux pour prendre les décisions à long terme dans le confort de leur foyer, déclare Jean Kish, directrice de programme au Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est.

Le programme Chez soi avant tout, c'est une nouvelle façon de voir les choses, c'est aider les gens à retourner dans la collectivité. C'est aussi améliorer le mouvement des patients dans les hôpitaux et c'est ramener les patients là où ils devraient être – chez eux. »

Même si la destination finale n'est pas le domicile, ce sera le premier arrêt après l'hôpital.

du Centre-Est a collaboré avec le ministère et les fournisseurs de services locaux pour faire en sorte que les gens aient accès à ces services indispensables. Plusieurs mesures ont été prises à cet effet : ***maintenir et améliorer les classes existantes et ouvrir de nouvelles classes de conditionnement physique et de prévention des chutes, appuyer les appels pour de nouvelles installations de soins primaires en physiothérapie, travailler avec le CASC du Centre-Est qui est devenu l'unique point d'accès à tous les services publics de physiothérapie à domicile, financer les cliniques communautaires de physiothérapie existantes et nouvelles et les activités de physiothérapie et de conditionnement physique dans les foyers de soins de longue durée du RLISS.***

- **Le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement administré par le RLISS du Centre-Est** est passé en 2013-2014 à la phase de durabilité et le RLISS a continué à assurer la planification et la supervision stratégique du projet. Avec l'aide du CASC du Centre-Est et des directions de première ligne et administratives des hôpitaux, des foyers de soins de longue durée et des organisations communautaires de soutien qui ont participé à l'équipe de conception, aux tables de mise en œuvre et au comité de formation, le programme a permis de ***former 2 000 travailleurs de première ligne de plus sur la prise en charge des comportements de réaction, notamment dans les cas de démence, ainsi que plus de 600 participants aux forums des communautés d'exercice, et les foyers de soins de longue durée et l'équipe de soins intégrés du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement ont fourni un accompagnement informel aux partenaires soignants***. Plus de 46 % des personnes nouvellement admises dans les foyers de soins de longue durée ayant des comportements réactifs, plus de 2 000 résidents des foyers de soins de longue durée ont été évalués à l'aide d'un outil d'évaluation du comportement afin de simplifier la planification de leurs soins, et des systèmes de communication visuelle ont été mis en place dans 82 % des établissements de soins de longue durée du RLISS du Centre-Est afin de favoriser la fixation mnémonique et la communication avec les résidents âgés. L'analyse qualitative des résultats recueillis jusqu'ici montre ***une réduction des comportements de réaction dans la population des soins de longue durée, une amélioration de la qualité de vie des patients, une meilleure participation des familles et une confiance accrue du personnel***.

Objectif stratégique no 2 du Plan de services de santé intégrés : Continuer à améliorer la santé vasculaire des résidents afin qu'ils passent 25 000 jours de plus à domicile dans leur collectivité en 2016.

- Les affections vasculaires représentent une importante cause de maladie, d'invalidité, d'hospitalisation et de décès dans le RLISS du Centre-Est et dans tout le Canada. Malgré les réductions constatées dans le taux de mortalité annuel associé aux affections vasculaires, ces dernières demeurent la menace numéro un pour la santé des Canadiens. Reconnaissant que l'amélioration de la santé vasculaire de la population exige une action multisectorielle concertée faisant appel aux hôpitaux, aux fournisseurs de soins primaires et spécialisés, au CASC et aux organismes communautaires, ainsi qu'un partenariat plus fructueux avec les patients et leurs familles, le RLISS du Centre-Est a poursuivi en 2013-2014 ses efforts de coordination régionale des services vasculaires, de la réadaptation cardiaque, des soins et de la réadaptation des personnes ayant eu un AVC.
- Le 1er avril 2013, l'administration et le financement des objectifs fixés dans la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète ont été transférés aux RLISS. La Coalition sur l'objectif stratégique de la santé vasculaire du RLISS du Centre-Est et ses membres ont accueilli positivement ce transfert de responsabilité et ont continué à superviser la mise en application de la *stratégie sur l'objectif stratégique de la santé vasculaire* et à lancer des projets en partenariat avec leurs collègues du système de santé.
- Les trois Centres de soins complexes aux diabétiques (CSCD) que le RLISS du Centre-Est a ouvert en novembre 2012 sont logés dans l'Hôpital de Scarborough, Lakeridge Health et le Centre régional de santé de Peterborough. En 2013-2014, le RLISS a supervisé le rendement de ces centres pour s'assurer que les

patients ont reçu *la formation, la gestion et les traitements spécialisés du diabète et ont pu accéder aux spécialistes* le cas échéant.

- Le RLISS et le CASC du Centre-Est ont dirigé l'élaboration et la mise en œuvre d'un processus de centralisation de l'aiguillage et de l'admission des diabétiques en vue de simplifier et intégrer le système d'aiguillage et d'admission. Le processus mis en place permet aux résidents, soignants et fournisseurs de services de composer un seul numéro de téléphone, ce qui a *amélioré l'accès et facilité la navigation* dans les services.
- Les nouveaux investissements du RLISS du Centre-Est dans les infrastructures et les ressources humaines ont permis d'utiliser le **Réseau Télémédecine Ontario pour donner des cliniques et de la formation vasculaires**. Un site pilote de téléopthalmologie sera bientôt lancé et la planification a commencé pour *améliorer l'accès au dépistage oculaire pour les diabétiques*.
- Le CASC du Centre-Est a continué à administrer le programme de formation à l'autogestion du Centre-Est. L'atelier d'autogestion **Vivre sainement avec une maladie chronique** d'une durée de six semaines a permis aux patients d'acquérir de nouveaux outils et de nouvelles compétences pour rompre le cycle des symptômes que les maladies chroniques peuvent entraîner, ce qui représente ***une priorité majeure de la Coalition de l'objectif stratégique de la santé vasculaire.***
- L'intégration réalisée entre le site Centenary du Rouge Valley Health System, qui sera la plaque tournante, et l'Hôpital Ross Memorial, qui sera le satellite, dans le cadre du modèle de prestation centralisée des services d'admission en réadaptation cardiaque a été couronnée de succès et en 2013-2014 ce modèle régional a permis d'améliorer l'accès aux services et les résultats des patients.

Objectif stratégique no 3 du Plan de services de santé intégrés : Consolider le système de soutien aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie afin qu'elles passent 15 000 jours de plus à domicile dans leur collectivité en 2016.

Les problèmes de santé mentale et de toxicomanie peuvent perturber intensément la vie des individus et des familles. Il est souvent possible cependant d'améliorer la situation avec des interventions peu invasives et axées sur la mise en relation des personnes avec les soins appropriés. Quand les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie reçoivent un soutien adéquat, cela entraîne des répercussions positives pour les personnes et leurs familles, ainsi que pour l'ensemble du système de santé. En 2013-2014, le RLISS du Centre-Est a continué à favoriser la prestation de programmes et la mise au point d'initiatives par des investissements continus et la mise en place des solutions plus en amont dans le but d'atteindre les cibles de rendement de réduction des nouvelles visites aux urgences dans les 30 jours et de réduction du nombre de jours d'hospitalisation dans les services psychiatriques.

- La stratégie « De **l'hôpital au domicile** » intégrée au service des urgences de Lakeridge Health Oshawa fait le lien entre l'hôpital et les partenaires de la collectivité. Cette stratégie comprend la gestion de cas intensive, le soutien et les lits d'urgence communautaire, la gestion de cas sous ordonnance de traitement en milieu communautaire, la gestion du sevrage de drogue, le traitement de la toxicomanie et la gestion de cas, les services de traitement des troubles concurrents, la consultation et les liens vers les soins primaires. En 2013-2014, ***une seconde équipe a été intégrée au service des urgences du Centre régional de santé de***

Une nouvelle spécialiste en toxicomanie et en santé mentale embauchée par le site Centenary du Rouge Valley Health System ouvre bien des yeux et bien des esprits sur les bienfaits du changement.

Les patients qui hésitaient auparavant à obtenir le type de traitement dont ils ont besoin deviennent beaucoup plus ouverts après avoir parlé avec la spécialiste, selon la directrice du service en santé mentale de l'hôpital, Julie Kish.

« En regardant le nombre de personnes qu'elle a commencé à voir, on s'aperçoit qu'elle va toucher beaucoup de gens et changer beaucoup de vies. »

D'autre part, les convictions des membres du personnel changent à mesure qu'ils travaillent avec la nouvelle spécialiste et ils commencent à traiter différemment les troubles concomitants.

« C'est intéressant de voir comment des gens qui avaient certaines idées bien arrêtées sont finalement ouverts au changement quand la bonne personne leur présente l'information pertinente », d'ajouter Julie.

Peterborough. Cette équipe s'occupe plus particulièrement des problèmes d'accessibilité pour les peuples autochtones.

- En 2013-2014, des liens plus étroits ont été établis entre l'**unité de soutien en santé mentale, l'équipe d'intervention en santé mentale, la police** et l'équipe du programme « De l'hôpital au domicile » de Lakeridge Health. En outre, le **Programme de lits d'urgence communautaire d'Elliot House**, situé à Ajax et rattaché au Rouge Valley Health System, a maintenu son soutien à l'équipe De l'hôpital au domicile.
- L'utilisation du **Réseau Télémédecine Ontario et de la télépsychiatrie**, y compris l'installation de trois nouveaux appareils de télémédecine dans la grappe du Nord-Est, a ***amélioré l'accès aux services de traitement et de consultation dans cette région à forte prédominance rurale***. Le Réseau Télémédecine Ontario a aussi permis d'améliorer l'accès aux services spécialisés de traitement et de consultation de la toxicomanie et des troubles concomitants pour tout le RLISS en consolidant les liens avec le centre Pinewood à Oshawa.
- La mise en œuvre de la **Stratégie sur les opiacés** a permis d'ouvrir des cliniques de méthadone dans chacune des trois grappes du RLISS. En élargissant les services de gestion de cas/méthadone existants dans la grappe de Durham, en établissant des services de gestion de cas/méthadone dans la grappe du Nord-Est et en élargissant les services prénataux et périnataux à la grandeur du RLISS, la stratégie a ciblé les domaines les plus pressants.
- Le centre Pinewood a lancé le **projet de traitement intégré de la toxicomanie de la grappe de Scarborough** en janvier 2013. Ce projet en est encore à l'étape du perfectionnement prévu dans son plan de mise en œuvre. L'initiative permet aux résidents de Scarborough d'accéder plus facilement aux services de gestion du sevrage et de traitement de la toxicomanie.

Objectif stratégique n° 4 du Plan de services de santé intégrés : Faire augmenter le nombre de patients palliatifs qui décèdent à la maison par choix afin qu'ils passent 12 000 jours de plus dans leur collectivité en 2016.

Les soins palliatifs et de fin de vie sont des soins destinés aux personnes qui sont aux prises avec une maladie qui met leur vie en danger. Ils visent à assurer le confort et le respect des personnes en fin de vie et offrir la meilleure qualité de vie possible au malade, à sa famille et aux personnes qui l'aiment. Les soins palliatifs et de fin de vie sont de nature holistique et visent à répondre aux besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et pratiques des malades, ainsi que leurs attentes, espoirs et craintes; les préparer à l'autodétermination des tâches de fin de vie et au processus du mourir; et les aider à faire face au sentiment de perte et au deuil.

L'objectif déclaré étant d'augmenter le nombre de malades en phase palliative qui meurent à la maison par choix et qui passent 12 000 jours de plus dans la collectivité en 2016, le RLISS du Centre-Est a poursuivi le travail avec ses fournisseurs de soins et plus particulièrement avec le Réseau des soins palliatifs du Centre-Est en 2013-2014 pour déterminer les investissements et mettre en place des initiatives susceptibles de permettre d'atteindre cette cible.

- Le **service de Consultation en gestion des douleurs et symptômes palliatifs** et le **Programme de personnel infirmier en soins palliatifs communautaires** ont été élargis pour fournir un ***accès égal à toutes les organisations communautaires des grappes de Durham, Scarborough et du Nord-Est***.
- Les **services de soins palliatifs communautaires** ont été renforcés par des investissements dans des partenariats hôpital-communautaire visant à ***améliorer l'accès aux soins de fin de vie dans tous les milieux***.

- La **formation en soins palliatifs multidisciplinaires** a encore été un domaine d'intérêt particulier en 2013-2014, de nombreux médecins et membres du personnel infirmier suivant le cours sur les stratégies essentielles de soins palliatifs et de fin de vie (cours LEAP).
- Une **travailleuse sociale fortement intéressée par la voie autochtone à la santé et à la guérison** a joint le Programme régional de lutte contre le cancer du Centre-Est à Lakeridge Health à l'automne 2013 et a commencé son travail avec les communautés des Premières nations, Inuits et Métis en vue d'améliorer leur accès aux soins oncologiques. Cette initiative permet aussi d'***améliorer les communications, les liens et les partenariats en matière de compétences et de sensibilité culturelles, en particulier en ce qui a trait aux soins palliatifs et de fin de vie***.
- Le Réseau des soins palliatifs du Centre-Est a terminé l'élaboration de son **plan régional de soins palliatifs du Centre-Est**. Les secteurs prioritaires désignés pour les investissements et les mises en œuvre portent sur ***la mise sur pied d'équipes itinérantes de soins palliatifs; la diffusion de mesures de formation et d'éducation sur les soins palliatifs; la mise en place de programmes d'intégration des soins palliatifs dans tous les hôpitaux et foyers de soins de longue durée du RLISS du Centre-Est; la promotion des maisons de soins palliatifs communautaires comme centres d'information, de soutien des malades, des familles et des soignants bénévoles en partenariat avec les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les autres organismes communautaires***.

Activités de participation communautaire

La participation communautaire est au cœur de toutes les activités du RLISS du Centre-Est. Etre plus réactif aux besoins et aux opportunités locaux demande un dialogue continu et une planification constante avec les personnes qui utilisent et qui fournissent des services de santé. Depuis 2005, les membres du conseil d'administration et du personnel du RLISS ont établi une communication active avec les résidents, les fournisseurs de services de santé, les associations provinciales, les dirigeants gouvernementaux locaux et plusieurs autres organismes et personnes dans le but de trouver des façons d'améliorer et de renforcer le système de santé public.

En février 2011, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a approuvé les lignes directrices et une trousse d'outils sur la participation communautaire devant être utilisée par tous les RLISS, en vue de promouvoir une approche uniforme à l'échelle de la province. Grâce à ces lignes directrices provinciales, les quatorze RLISS peuvent compter sur une approche uniforme en matière de planification de la mobilisation communautaire et sont mieux en mesure de montrer comment les commentaires recueillis dans le cadre des activités de mobilisation de la collectivité s'insèrent dans le processus décisionnel de chaque RLISS. http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=130

Il est indiqué dans les lignes directrices que les parties prenantes sont les individus, les collectivités, les entités politiques et les organisations qui ont un intérêt direct dans les résultats de l'initiative. Soit qu'ils sont touchés par le projet, ou peuvent avoir un impact sur celui-ci. Toute personne qui peut être touchée positivement ou négativement par le projet, ou toute personne qui peut exercer une influence sur le projet ou sur ses résultats est considérée comme étant partie prenante du projet. Pour des fins d'identification des parties prenantes dans le RLISS du Centre-Est, la notion de « collectivité » peut être interprétée comme une zone géographique (par ex. Scarborough, la région de Durham, le Nord-Est), et celle de « communauté » comme une communauté d'intérêt ou une communauté de pratique.

- *Communauté d'intérêt* – réseau informel auto-organisé de personnes réunies autour d'un intérêt, d'un enjeu, d'une occasion ou d'un problème commun. Il n'est pas nécessaire que ces personnes se réunissent physiquement et elles peuvent entretenir des liens de nature ponctuelle qui se limitent à l'élément qui les réunit.
- *Communauté de pratique* – réseau informel auto-organisé de personnes ayant un domaine de pratique ou une profession en commun. Ces regroupements sont basés sur la volonté des membres de s'entraider (en faisant circuler l'information) et leur besoin d'enrichir leurs propres connaissances (en apprenant des autres).
- *Entité politique* – pour les fins d'identification des partenaires, une « entité politique » est une personne, une organisation ou un groupe ayant des intérêts politiques ou des responsabilités publiques connus. Cette notion englobe les personnes occupant une charge publique, les mouvements syndicaux et les groupes de citoyens.
- *Partenaires de planification* – pour le RLISS du Centre-Est, un partenaire de planification est défini comme un groupe qui a été formellement constitué et/ou reconnu par le RLISS en vue de faciliter une participation liée à un livrable de l'ERPR du RLISS.

La participation communautaire désigne aussi les méthodes employées par le RLISS pour interagir avec ses parties prenantes et diffuser et réccueillir l'information. La participation communautaire a pour but d'informer, d'éduquer, d'obtenir des rétroactions, de consulter, de faire participer et d'habiliter les parties prenantes pour ce qui a trait à la planification des soins ou des services de santé et aux processus décisionnels visant à améliorer le système de santé.

- *Informer et éduquer* – fournir de l'information exacte, opportune, pertinente et facile à comprendre à la collectivité. Ce niveau de participation fournit de l'information sur le RLISS et donne aux membres de la collectivité l'occasion de comprendre les problèmes, les options et les solutions. Ce niveau de participation ne peut pas avoir d'influence sur le résultat final car il s'agit d'une communication unidirectionnelle.

- *Recevoir les rétroactions* – obtenir des commentaires sur les analyses et les changements proposés. Ce niveau de participation permet aux collectivités de faire connaître leurs points de vue, d'exprimer leurs craintes et de proposer des modifications. Ce niveau de participation peut avoir une influence sur le résultat final.
- *Consulter* – demander et recevoir l'avis des partenaires communautaires au sujet des politiques, des programmes ou des services qui les touchent directement ou dans lesquels il peuvent avoir un intérêt substantiel. Ce niveau de participation permet d'établir un dialogue entre le RLISS et la collectivité. La consultation peut conduire à un changement du résultat final.
- *Faire participer* – travailler directement avec les partenaires afin d'assurer que leurs problèmes et leurs préoccupations soient bien compris et pris en considération, et pour permettre aux résidents et aux collectivités de faire entendre leurs voix. À ce niveau, les partenaires communautaires peuvent fournir directement des conseils car il s'agit d'une communication bidirectionnelle. Ce niveau influence le résultat final et incite les participants à formuler des solutions.
- *Habiliter* – permettre la prise de décision finale.
  (Il convient de noter que ce dernier niveau (habilitation) apppartient au gouvernement et au conseil d'administration du RLISS du Centre-Est.)

Encore une fois, les structures de participation communautaires nouvelles ou renouvelées mises en place avec le lancement du Plan de services de santé intégrés 2013-2016, la participation continue de nos partenaires francophones et autochtones, l'utilisation continue du site web, les réunions publiques du conseil d'administration, les communications publiques et les rencontres individuelles ont aidé le RLISS à améliorer le système de santé public avec l'aide de ses partenaires.

Initiatives pour francophones

En 2010, le gouvernement provincial a adopté un règlement d'application de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* s'adressant à la communauté francophone. En 2013-2014, le RLISS du Centre-Est a poursuivi sa collaboration avec l'Entité 4, l'Entité de planification des services de santé en français, dans le cadre d'un plan d'action conjoint ayant pour but de créer des communautés mobilisées et en santé, et d'établir une relation axée sur les résultats entre le RLISS et l'Entité.

En 2013-2014, l'Entité 4 a présenté au RLISS du Centre-Est cinq recommandations dont quatre ont été acceptées.

Adaptation des services existants : En discutant avec ses partenaires francophones, l'Entité a constaté qu'il y avait un besoin d'***amélioration de l'accès aux lits de soins de longue durée dans un foyer de longue durée désigné de la grappe de Scarborough***. L'Entité, le RLISS et le foyer Bendale Acres ont identifié ensemble les améliorations à apporter et ont réservé aux francophones la priorité d'accès aux lits du Pavillon Omer Deslauriers de Bendale Acres. Une évaluation similaire du programme de ***formation des formateurs en autogestion des maladies chroniques pour francophones donnée par les pairs*** s'est traduite par un ***atelier d'autogestion des maladies chroniques*** qui a eu lieu à Scarborough et qui a eu un effet profond sur la qualité de vie des résidents francophones de la grappe de Scarborough.

Mise au point de nouveaux services : En utilisant la même approche, l'Entité a déterminé que la communauté francophone de la grappe de Durham avait besoin d'un programme de jour pour adultes destiné aux personnes âgées. En travaillant directement avec un fournisseur de services de santé en particulier, l'Entité a aidé à élaborer une proposition d'affaires que le RLISS du Centre-Est a acceptée. Le 25 mars 2014, le Centre d'accueil Héritage a lancé officiellement son ***Programme de jour pour personnes âgées francophones de la région d'Oshawa***. Ce nouveau programme, qui est ouvert deux jours par semaine, est offert en français aux personnes âgées fragilisées de la région de Durham qui connaissent des difficultés physiques ou cognitives. Les personnes âgées participent à des activités sociales et récréatives et à des séances de mise en forme

supervisées par des professionnels dans un milieu chaleureux et sécuritaire. Des repas nutritifs sont aussi offerts.

En 2013-2014, le RLISS du Centre-Est et l'Entité 4 ont formé un partenariat avec le centre de santé communautaire TAIBU, un fournisseur de services de santé (FSS) qui offre des soins primaires et des programmes et services de développement communautaire aux communautés africaines et antillaises de Scarborough, en vue de permettre la création de la ***Coalition de Scarborough pour des communautés francophones en santé.*** Le premier objectif de cette coalition est de faire la promotion de la santé et effectuer des interventions secondaires pour ralentir ou arrêter la progression des maladies chroniques et, dans la mesure du possible, prévenir les événements indésirables et l'invalidité. La coalition se réunit sur une base régulière et a embauché un promoteur de la santé qui l'aidera à répondre aux besoins de ses partenaires francophones.

En 2013-2014, le RLISS du Centre-Est et l'Entité 4 ont appris certaines leçons dans le cadre de leur collaboration pour répondre aux besoins des francophones :

- reconnaître le travail de nos fournisseurs comme étant la clé de l'adoption de changements durables;
- soigner les relations entre le personnel de l'Entité et les coordinateurs et planificateurs du RLISS assignés aux services en français;
- veiller à ce que des membres de direction du RLISS siègent à la table de liaison Entité/RLISS;
- intégrer la participation de la communauté francophone dans la planification stratégique Entité/ RLISS.

Initiatives pour Autochtones

En 2010-2011, la Première Nation d'Alderville, la Première Nation de Curve Lake, la Première Nation d'Hiawatha, la Nation Métis de l'Ontario, la Première Nation des Mississaugas de l'île Scugog et le RLISS du Centre-Est ont formé un important partenariat au profit de la santé, des communautés et de l'avenir des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des peuples sans statut.

Depuis ce temps, par l'entremise de deux groupes consultatifs – le Cercle consultatif des Premières nations sur la santé et le Comité consultatif des métis, des inuits et des Indiens non inscrits – le RLISS du Centre-Est reçoit des conseils sur différents sujets liés aux priorités de la province et du RLISS du Centre-Est et à leur application aux Premières nations représentées.

En 2013-2014, ces deux groupes consultatifs se sont réunis tous les deux mois. Leurs travaux ont porté principalement sur ***trois grands enjeux :***

- les relations avec le CASC du Centre-Est;
- la mise au point d'indicateurs de compétence culturelle;
- les problèmes de santé mentale et de toxicomanie que doivent affronter les communautés des Premières nations sur le territoire du RLISS.

Au mois de mai 2013, le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a approuvé ***une motion demandant que tous les fournisseurs de services de santé qui reçoivent des fonds du RLISS du Centre-Est démontrent leur compétence pour fournir des services aux peuples des Premières nations, des Inuits, des Métis et des Indiens non inscrits de manière adaptée sur le plan culturel***.

En juin 2013, le conseil d'administration et le personnel du RLISS du Centre-Est ont participé à une ***séance de sensibilisation aux peuples autochtones*** au centre communautaire de la Première Nation d'Alderville. Lors de cette séance d'une journée animée par Kelly Brownbill, le groupe a pu en apprendre plus long sur l'histoire des peuples autochtones du Canada, sur les conséquences néfastes qu'ont eues les traités et le système d'éducation en résidence sur l'identité des peuples autochtones et sur les mesures prises par les leaders autochtones pour permettre à leurs communautés de reprendre possession de leur culture et d'apporter des changements positifs en matière de santé.

La réunion conjointe annuelle du Cercle consultatif des Premières nations sur la santé et du Comité consultatif des Métis, des Inuits et des Indiens non inscrits a eu lieu le 11 octobre 2013. Cette rencontre annuelle permet à ces organismes de discuter des enjeux communs et d'établir leurs priorités communes pour l'année suivante. Il a été convenu que les questions de ***l'indicateur de compétence culturelle et des problèmes de santé mentale et de toxicomanie*** tels qu'elles s'appliquent aux membres des communautés que représentent ces deux regroupements constituent des enjeux prioritaires.

En novembre, la Première Nation d'Alderville a tenu une cérémonie de présentation de leur ***Protocole d'entente avec le Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est***. Cette entente décrit la relation entre la Première Nation d'Alderville et le Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est et établit un processus de dialogue continu entre les deux entités.

Avec le soutien du RLISS, des rencontres ont été organisées entre les Premières Nations de Curve Lake et de Hiawatha et les fournisseurs de services en santé mentale et toxicomanie ***pour établir une relation de travail positive entre ces fournisseurs et les communautés qu'ils desservent***. D'autres rencontres sont prévues en 2014-2015.

Un financement de base a été fourni aux Infirmières de l'Ordre de Victoria pour mettre sur pied un ***Programme de jour pour adultes en partenariat avec la Première Nation de Curve Lake***.

Un financement a été fourni à FOURCAST, qui travaille en partenariat avec le Cercle de services Niijkiwendidaaa Anishnaabekwewag pour ***offrir des mesures de formation sur les troubles concomitants dans un contexte approprié sur le plan culturel à l'intention des fournisseurs de services de santé de la grappe du Nord-Est***. Ce projet a fait l'objet d'une subvention ponctuelle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui a permis d'offrir des mesures de formation supplémentaires. Un manuel de service et des instructions ont été mis au point dans le cadre du projet.

En février, le chef autochtone du RLISS du Centre-Est a eu l'honneur d'être le seul représentant du RLISS invité au ***8e Forum annuel des chefs de l'Ontario sur la santé***. Dans le cadre de cet événement, le directeur général des opérations du Bureau de santé informe les Premières Nations de l'Ontario sur les stratégies émergentes et les progrès accomplis dans le domaine de la santé et permet aux représentants des Premières nations, de la province et du gouvernement fédéral d'échanger au sujet de leurs objectifs communs.

Une ***formation détaillée sur la compétence culturelle a été donnée à la Première Nation*** de Curve Lake en mars 2014. Le personnel du Centre régional de santé de Peterborough ainsi que plusieurs autres fournisseurs de services de santé ont assisté à cette formation.

Structures de participation

Coopération entre conseils
Le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a poursuivi ses rencontres avec ses trois conseils consultatifs sur la gouvernance des grappes de Scarborough, de Durham et du Nord-Est. Ces réunions sont ouvertes aux administrateurs des fournisseurs de services de santé de tous les secteurs. On y discute de pratiques exemplaires, des défis à relever et des succès obtenus par chaque organisation et le RLISS fait une mise au point sur les initiatives courantes et futures. Ces rencontres ont permis de faire avancer le dialogue, de consolider les relations entre fournisseurs de services, de clarifier les messages et de trouver de nouvelles occasions d'intégration. En vue de répondre aux besoins en matière de gouvernance, le RLISS du Centre-Est a maintenu son soutien aux « camps d'entraînement à la bonne gouvernance » de Centraide et a encouragé les conseils de tous nos fournisseurs de services de santé à participer à ces ateliers, là où des organisations ont commandé un atelier pour les membres de leur propre conseil. Les membres du conseil d'administration ont pris contact avec le chargé de liaison des administrateurs dans le cadre de la Stratégie d'intégration des services de santé communautaires lors de leurs réunions de contrôle de Durham, du comté de Northumberland, du comté de Haliburton et de la ville de Kawartha Lakes, de Scarborough et de Peterborough.

Conseil exécutif du Centre-Est
Les cadres supérieurs du RLISS du Centre-Est, des hôpitaux du RLISS du Centre-Est et du Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est se rencontrent une fois par mois pour passer en revue les initiatives et projets communs qui viennent soutenir l'objectif « La collectivité avant tout » formulé dans le PSSI 2013-16 et qui constitue une priorité du ministère de la Santé. Guidé par un protocole d'entente, le conseil vérifie aussi l'alignement des programmes, services et services administratifs qui permettrait de réduire les coûts, hausser la qualité ou améliorer l'accès des patients aux services, et de développer les capacités en ressources humaines et les occasions de partager l'expérience.

Groupe de leadership médical
Les fructueux partenariats qui se sont établis entre le personnel des directions d'hôpital et les cadres supérieurs en soins infirmiers lors de la mise au point du premier « plan de services cliniques » se sont poursuivis en 2013-2014 et le RLISS a eu des réunions ponctuelles avec ce groupe et d'autres groupes de médecins.

Comité directeur des vice-présidents et cadres supérieurs en soins infirmiers
Ce comité favorise la prestation de soins intégrés, de qualité, sécuritaires, uniformes et efficients dans le RLISS du Centre-Est. Grâce à l'esprit de collaboration, d'ouverture et de décisions conjointes qui se manifestent lors de ses rencontres mensuelles, le comité trouve des occasions d'améliorer l'expérience des patients et fait des recommandations en matière d'orientation des pratiques, dans le but d'optimiser les soins offerts. Le Comité directeur s'efforce aussi de trouver des occasions de perfectionnement des professionnels de la santé du RLISS du Centre-Est, notamment en normalisant les politiques, processus et protocoles dans le RLISS.

Comité consultatif des professionnels de la santé
Tous les RLISS ont mis sur pied un comité consultatif des professionnels de la santé. Ces comités aident le Réseau à s'acquitter de ses responsabilités en le conseillant sur les stratégies de prestation de soins axés sur le patient. En 2013-2014, le Comité consultatif des professionnels de la santé du RLISS du Centre-Est s'est réuni à chaque trimestre, s'occupant plus particulièrement des objectifs stratégiques du programme La collectivité avant tout et du recrutement de ressources humaines en santé. La composition de ce comité s'est élargie pour inclure des professionnels des domaines des sciences infirmières, de la physiothérapie, de la chiropratique, de la diététique, de la pharmacie, du travail social, de la sage-femmerie, de la médecine communautaire, de la médecine spécialisée et de la médecine familiale.

Groupe de leadership sur les questions financières des hôpitaux et du CASC
Ce groupe collaboratif est une vaste source de connaissances, de leadership directionnel et d'expertise en gestion financière conformes aux priorités et stratégies du RLISS du Centre-Est (p.ex. les stratégies du PSSI et les critères de responsabilité de l'ERS-H). Au cours du dernier exercice, ce groupe s'est réuni une fois par mois pour identifier et examiner les problèmes actuels et les enjeux futurs. Ces évaluations permettent par la suite de concentrer les efforts sur l'atténuation des risques et l'élaboration et la mise en œuvre de solutions novatrices pour tirer profit des occasions d'intégration, de coordination et de rationalisation des services de santé.

Partenariat local sur la réforme du financement du système de santé
Le nouveau mode de financement axé sur les patients adopté le 1er avril 2012 comporte deux composantes : le Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) et les Actes médicaux fondés sur la qualité (AMQ). Ces deux composantes utilisent des données démographiques, cliniques et financières pour estimer les volumes et les coûts attendus au niveau des établissements, données qui agissent sur l'amélioration de l'efficience et des résultats ainsi que la réduction des écarts de rendement entre fournisseurs. Le Partenariat a comme mandat de mettre au point des stratégies de gestion des volumes qui soutiennent le changement, la formation et le transfert des connaissances, améliorent la qualité des données et améliorent au bout du compte l'accès aux services et les résultats obtenus. Au cours du dernier exercice, le Partenariat s'est rencontré aux deux mois pour formuler des stratégies d'appui à la réforme du financement, de réduction des temps d'attente et des modèles novateurs de prestation des services qui mettent l'accent sur les pratiques exemplaires fondées sur les faits et l'amélioration de l'efficience.

Comité directeur sur la cybersanté
Le Comité directeur sur la cybersanté du RLISS du Centre-Est produit la stratégie en matière d'information et de technologies d'habilitation et la planification tactique en vue de permettre aux fournisseurs de services de santé du RLISS de tirer profit des technologies existantes et émergentes. Ce comité se rencontre deux fois par année à titre d'entité de planification et de consultation.

Groupe de travail sur la stratégie en matière de temps d'attente
Le Groupe de travail sur la stratégie en matière de temps d'attente fournit du leadership directionnel, des connaissances et de l'expertise dans la planification et la mise en œuvre d'initiatives en conformité avec les priorités et stratégies (p. ex. le PISS) du RLISS du Centre-Est, en particulier pour ce qui a trait à la présente stratégie en matière de temps d'attente. Le but visé est de réduire les temps d'attente dans les domaines prioritaires, tout en facilitant le mouvement des patients et en maintenir la qualité dans tout le continuum des soins. En outre, certains membres de ce groupe de travail identifient et examinent les problèmes émergents et potentiels. En 2013-2014 le groupe s'est réuni une fois par mois pour évaluer le rendement en matière de réduction des temps d'attente et les nouvelles occasions d'améliorer l'accès aux services. L'élaboration et la mise en œuvre de solutions novatrices permettent d'améliorer l'accès aux soins au moyen de stratégies d'intégration, de coordination et d'amélioration du rendement, et par conséquent de rationaliser le modèle de prestation des services de santé et de le rendre plus efficient.

Groupe de travail sur l'imagerie diagnostique
Le groupe de travail sur l'imagerie diagnostique a pour objectif de procéder à un examen exhaustif et continu des services d'imagerie diagnostique dans le RLISS du Centre-Est. Les membres du groupe partagent les pratiques exemplaires et les mesures novatrices permettant d'améliorer l'accès, l'utilisation et les temps d'attente, et évaluent les stratégies de réduction des coûts liées aux services diagnostiques. En 2013-2014, le groupe de travail sur l'imagerie diagnostique s'est réuni une fois par mois pour aider le groupe de travail sur la stratégie en matière de temps d'attente et le RLISS du Centre-Est à gérer les temps d'attente dans le domaine de l'imagerie diagnostique (résonance magnétique et tomodensitogramme). À cette fin, le groupe a échangé sur les pratiques exemplaires et les moyens d'améliorer l'efficience (p. ex. les plans d'amélioration du rendement des services d'IRM) à l'échelle du RLISS. Le groupe procède aussi à l'examen des perspectives en matière de logiciels d'aide à l'admission, à la normalisation des protocoles, aux rapports de radiologie et à

l'expansion des rapports sur les temps d'attente demandés par la province, c.-à-d. le suivi du patient à partir de la décision de traitement jusqu'à la fin de l'examen.

Partenariat avec la santé publique
Au RLISS du Centre-Est des rencontres trimestrielles se tiennent avec les gestionnaires de la santé des quatre bureaux de santé publique de la région. Présidé par la direction générale du RLISS, le groupe discute de différents sujets d'intérêt commun, notamment des pratiques exemplaires en matière de prévention des infections, de gestion des épidémies et des engorgements, de prévention des chutes et de cessation du tabagisme.

Groupe consultatif sur les soins primaires
Dès le début, le RLISS du Centre-Est a reconnu que la participation des fournisseurs de soins primaires était un facteur essentiel à la réussite du projet d'intégration des soins. En 2013, le mandat et la composition de l'ancien groupe de travail sur les soins primaires (créé en 2007) ont été revus. Ce nouveau groupe consultatif se fonde sur les efforts présents et passés en vue de favoriser la participation des médecins, du personnel infirmier et des autres professionnels de la santé au processus de changement mis de l'avant par le RLISS. Composé de douze à quinze membres, le groupe tente d'équilibrer les points de vue des différents milieux de soins primaires dans le RLISS. La vision du Groupe consultatif sur les soins primaires se formule ainsi : « Les meilleurs soins primaires partout ». Sa mission est de fournir au RLISS du Centre-Est des conseils d'experts sur les soins primaires et la santé de la population. Ce groupe se réunit six fois par année et il est présidé par le médecin-chef des soins primaires du RLISS du Centre-Est. Les membres, qui s'engagent pour des mandats d'un à trois ans, représentent un large éventail de perspectives dans le système de soins primaires, y compris celui des médecins en milieu hospitalier et communautaire, du personnel infirmier, du personnel administratif des centres de santé communautaires et des services de soins appartenant à d'autres modèles.

Coalition de l'objectif stratégique de la santé vasculaire
Les coalitions ont été lancées en mai 2010 pour assumer un rôle de leadership et d'orientation pour chacun des objectifs stratégiques du RLISS. La Coalition de l'objectif stratégique de la santé vasculaire compte maintenant plus de vingt membres provenant des soins primaires, des soins actifs, des services communautaires, des programmes de soutien (p. ex. le Réseau Télémédecine Ontario, le programme d'autogestion), ainsi que des représentants de la population. Pour répondre aux besoins de la région, la coalition poursuit l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de santé vasculaire pour le RLISS du Centre-Est, comprenant les soins aux victimes d'AVC et aux diabétiques, en vue d'atteindre l'objectif d'améliorer la santé vasculaire des résidents afin qu'ils passent 25 000 jours de plus à domicile dans la collectivité en 2016.

Service de gouvernance de l'entité régionale de services gériatriques spécialisés
En 2013-2014, le RLISS du Centre-Est a fait avancer son objectif d'assurer que les personnes âgées fragilisées du RLISS aient accès à un système de santé régional intégré alors que le Service de gouvernance de l'entité régionale de services gériatriques spécialisés a adopté trois mesures orientées vers l'atteinte des objectifs stratégiques. Les objectifs consistant à encourager l'excellence, améliorer les soins et mieux faire connaître les besoins liés à la vieillesse sont les éléments moteurs de plusieurs initiatives associées à la santé des aînés, dont l'élargissement du Réseau d'évaluation et d'intervention gériatrique et le projet des hôpitaux adaptés aux besoins des personnes âgées.

Réseau des soins palliatifs du Centre-Est
Le Réseau des soins palliatifs du Centre-Est a le mandat de fournir des mesures d'orientation, de coordination et de leadership dans le cadre de la mise en place d'un système de soins palliatifs coordonné et intégré dans la région du RLISS du Centre-Est. Le réseau compte sur la participation des directions et de représentants des hôpitaux et des organismes communautaires qui s'occupent plus spécialement des soins palliatifs et de fin de vie. Le réseau conseille le CASC et le RLISS du Centre-Est sur la planification et la coordination des soins palliatifs dans le cadre des objectifs stratégiques du RLISS.

Équipe de mise en œuvre du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement dans le Centre-Est

Le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement est progressivement diffusé dans tous les foyers de soins de longue durée du RLISS du Centre-Est ainsi que dans les collectivités et les hôpitaux. L'équipe de mise en œuvre du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement offre du leadership, des conseils, des lignes directrices et du soutien aux foyers de soins de longue durée, aux fournisseurs de services communautaires, aux hôpitaux et aux équipes de soins intégrées pour l'élaboration, la mise en œuvre et le maintien du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement dans les foyers de soins de longue durée. Récemment élargie par suite d'une demande de déclaration d'intérêt, l'équipe compte maintenant des représentants de foyers de soins de longue durée spécialisés dans la phase utilisateur précoce et la phase 2 ainsi que des membres de différents secteurs provenant des trois grappes du RLISS du Centre-Est. Travaillant en collaboration avec les fournisseurs de services de santé en vue de se familiariser avec le Projet, de le diffuser et d'assurer sa durabilité, l'équipe s'est notamment occupée en 2013-2014 de diffuser le programme dans les 56 foyers de soins de longue durée de phase 2, élaborer un modèle communautaire pour le Projet et continuer de mettre l'accent sur le développement des capacités et l'analyse et le raffinement des données.

Réseaux et programmes de formation des diabétiques du RLISS du Centre-Est

À compter d'avril 2013, la responsabilité des douze programmes de formation des diabétiques adultes et des deux programmes pédiatriques a été transférée au RLISS du Centre-Est. Ce programme mis sur pied par le RLISS du Centre-Est coordonnera les services régionaux, identifiera les services régionaux et locaux qui sont nécessaires pour soutenir la planification à long terme des soins aux diabétiques, en application des priorités du RLISS et de la province, et obtiendra la participation des partenaires régionaux pour faciliter l'adoption et l'intégration de normes et de pratiques exemplaires uniformes et fondées sur les faits dans la gestion du diabète. Ces objectifs sont revus régulièrement et des ajustements sont apportés avec la collaboration des trois réseaux d'aide aux diabétiques du Nord-Est, de Durham et de Scarborough.

Groupe de travail sur les AVC

Le groupe de travail sur les AVC du RLISS du Centre-Est a pour mission de faciliter la mise en place d'Actes médicaux fondés sur la qualité (AMQ) dans le RLISS. Ce groupe de travail analysera les besoins du RLISS du Centre-Est en ce qui a trait aux soins des personnes victimes d'un AVC. Le but visé est d'améliorer les soins dans la région sur la base des succès obtenus avec les pratiques exemplaires et les soins fondés sur les faits.

Comité de gestion des périodes d'intensification de la demande

Le Comité de gestion des périodes d'intensification de la demande du RLISS du Centre-Est se compose d'un groupe varié de cadres administratifs d'hôpitaux, de cadres administratifs de foyers de soins de longue durée, d'éthiciens, de cadres administratifs du CASC du Centre-Est, du responsable des soins en phase critique du RLISS du Centre-Est et de membres du personnel du RLISS du Centre-Est (directeur principal de la conception et de la mise en œuvre des systèmes, directeur des communications, consultant en mise en œuvre, planificateur des services de santé). En l'absence d'intensification de la demande réelle ou prévue, ce comité se réunit aux deux mois. Au cours de la dernière année, le comité a constitué un excellent forum de discussion pour gérer et coordonner la réponse du système en période d'intensification modérée et majeure ayant un impact sur le système de santé local (les périodes d'intensification sont les situations où la demande dépasse la capacité). Le comité a été un instrument de communication et de partage des pratiques exemplaires entre fournisseurs de soins, représentants de la santé publique et autres intervenants, comme les services médicaux d'urgence dans le cas d'une intensification modérée ou majeure de la demande au niveau régional ou subrégional et pour la préparation des Jeux panaméricains et parapanaméricains de 2015 à Toronto. Le comité compte continuer d'agir comme intermédiaire entre les fournisseurs de soins, les représentants de la santé publique, etc., en situation d'une intensification modérée ou majeure de la demande. Le comité continuera aussi de mettre en contact les autres structures et activités du RLISS, par exemple le Groupe consultatif sur les soins primaires.

Comité consultatif sur les soins médicaux aux mères, nouveau-nés et enfants du RLISS du Centre-Est
En 2013 le RLISS du Centre-Est a créé le Comité consultatif sur les soins médicaux aux mères, nouveau-nés et enfants du RLISS du Centre-Est. Ce comité consultatif a pour mandat de guider et conseiller les fournisseurs de services et partenaires, dont le Provincial Council for Maternal Newborn Health (PCMCH) et le RLISS du Centre-Est, en vue de faciliter l'adoption de pratiques fondées sur les faits et améliorer la santé des mères et des nouveau-nés. Le comité aura pour rôle principal de promouvoir la normalisation et la mise en place de pratiques exemplaires fondées sur les faits dans les programmes destinés aux femmes et aux enfants.

Activités de participation

Réunions publiques du conseil d'administration
Le conseil d'administration et les comités du conseil (vérification et finances, nominations et gouvernance) tiennent des réunions sur une base régulière afin que l'information puisse être examinée et discutée par le conseil en vue de faciliter le processus décisionnel qui soutient le personnel du RLISS du Centre-Est. Les documents de toutes les réunions sont affichés sur le site web du RLISS du Centre-Est et nos partenaires sont avertis de tout nouvel affichage par l'entremise du système d'alerte web MY PAGE.

Fournisseurs sectoriels
La participation ciblée des fournisseurs sectoriels du RLISS du Centre-Est a favorisé le partage d'information alors que les RLISS travaillaient avec les hôpitaux, les organismes communautaires et les foyers de soins de longue durée rencontrer les conditions des ententes de responsabilisation annuelles. L'information partagée lors de ces séances a été affichée sur le site web du RLISS du Centre-Est afin que tous les partenaires du RLISS puissent voir le travail réalisé par ces fournisseurs en vue d'assurer des services de santé accessibles, efficaces et de qualité.

Participation des médecins
Le RLISS du Centre-Est a reconnu que la participation des médecins était un facteur essentiel à la réussite du projet d'intégration des soins. En obtenant la participation active des médecins, le RLISS du Centre-Est peut continuer d'aller de l'avant en s'appuyant sur la mobilisation des médecins, du personnel infirmier et des autres professionnels de la santé. En 2013-2014, les maillons santé ont été autant de points centraux de mobilisation des médecins du RLISS du Centre-Est. Des activités de mobilisation, comme les visites de cabinet, ont été réalisées dans le cadre des maillons santé dans le but d'ancrer plus solidement les relations avec les médecins et administrateurs de soins primaires, leur présenter les projets du RLISS du Centre-Est et obtenir leurs avis sur la façon dont ils préfèrent participer à la planification et à la mise en œuvre des maillons santé. Une séance d'information sur les maillons santé à l'intention des médecins a aussi été organisée par l'Ontario Medical Association et le RLISS du Centre-Est le 24 octobre 2013. Plusieurs fournisseurs de soins primaires sont maintenant membres des équipes d'amélioration des maillons santé, participent à l'identification des procédures de test pour les cas complexes et suggèrent des améliorations à apporter avant leur mise en place. Grâce notamment à l'excellente participation des médecins, le RLISS du Centre-Est continuera de former des partenariats et des collaborations avec tous les membres du cercle de la santé, ce qui devrait entraîner l'amélioration générale des soins à tous les niveaux du système.

Conseils régionaux, de comté et municipaux
Le RLISS du Centre-Est a continué à rendre visite aux conseils régionaux, de comté et municipaux en 2013-2014 pour tenir les élus locaux au courant du travail accompli en vue d'améliorer la prestation des services de santé. En outre, l'information liée aux initiatives du RLISS a été régulièrement transmise aux conseillers locaux notamment au moyen de communiqués de presse et des procès-verbaux des réunions du RLISS.

Participation des députés provinciaux
La direction du RLISS a organisé sur une base régulière des rencontres avec les députés provinciaux de toutes les circonscriptions du Centre-Est pour les informer sur les projets mis de l'avant par le RLISS à l'intention de leurs électeurs. En outre, l'information liée aux initiatives du RLISS a été régulièrement transmise aux députés

locaux, notamment au moyen de communiqués de presse et des procès-verbaux des réunions du RLISS. Les équipes des députés ont régulièrement fait appel au personnel du RLISS pour répondre aux questions liées à la santé qu'ils recevaient à leur bureau de comté.

Bureau des conférenciers
Le personnel et les membres du conseil d'administration du RLISS ont assisté à certains événements organisés par des tiers en 2013-2014 dans le cadre du « Bureau des conférenciers », notamment l'assemblée générale annuelle des fournisseurs de services de santé, les annonces publiques et différentes conférences, comme celles portant sur la situation des personnes âgées, qui ont été organisées par des députés locaux. Ces activités donnent l'occasion au RLISS d'entendre le point de vue de ses partenaires locaux sur les enjeux et les occasions d'amélioration du réseau et d'informer ses partenaires et le public.

Intégration

L'un des principaux objectifs de tous les RLISS est d'intégrer les services de santé afin de former un réseau de santé plus efficient tout en créant un système fluide et intégré qui améliore l'expérience des clients. La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (LISS) prévoit plusieurs instruments que les RLISS, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les fournisseurs de services de santé (FSS) peuvent utiliser pour réaliser cet objectif.

Ces outils sont notamment :

- Les intégrations par le biais de financement où le RLISS utilise son pouvoir de financement pour promouvoir l'intégration des services;
- Les intégrations facilitées et négociées où le RLISS et/ou les fournisseurs de services de santé explorent des stratégies d'intégration appropriées et le RLISS facilite ou négocie l'intégration avec les fournisseurs ;
- Les intégrations obligatoires où RLISS exige les fournisseurs de services de santé à intégrer les services;
- Les intégrations volontaires où un fournisseur de services, à partir de sa propre initiative, planifie d'intégrer les services financés par le RLISS;
- L` arrêté ministériel où le ministre ordonne un fournisseur de services de santé à s`intégrer à savoir cesser de fonctionner, dissoudre, liquider ses opérations, fusionner ou transférer ses opérations des fournisseurs de services de santé.

Plusieurs intégrations importantes ont été lancées ou réalisées en 2013-2014 :

Maillons santé

En novembre 2012, la ministre de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé la création de ***maillons santé*** en vue d'améliorer la coordination et la qualité des soins pour les patients à besoins intenses telles les personnes âgées et les personnes ayant des problèmes de santé complexes.

- **Maillon santé de Peterborough**
  À Peterborough, l'arrivée de ce nouveau modèle de soins s'est traduit par la mise sur pied du maillon santé de Peterborough. Travaillant en consultation avec les patients, les soignants, les médecins et le personnel de première ligne, le maillon santé de Peterborough a identifié deux grands groupes de patients qui profiteraient spécialement de ce nouveau modèle : (1) les personnes âgées ayant une insuffisance cardiaque congestive exacerbée et au moins une maladie concomitante, avec la présence possible d'autres facteurs de complication (p. ex. problèmes de logement, de transport, d'isolation, de palliation, problèmes financiers, troubles de comportement) et (2) les patients ayant des problèmes graves de santé mentale ou

de toxicomanie et au moins une maladie concomitante, avec la présence possible d'autres facteurs de complication (p. ex. problèmes de logement, de transport, d'isolation, de palliation, problèmes financiers, troubles de comportement). Déterminés à apporter des changements véritables en vue de répondre aux besoins de ces groupes prioritaires, les organismes liés au maillon santé de Peterborough ont écouté les témoignages crus des patients qui ont courageusement accepté de raconter leur histoire avec l'espoir de participer à l'avènement d'améliorations axées sur le patient. En contant leur histoire, ces personnes ont permis d'identifier des lacunes connues ou cachées dans les structures de prestation des services qui contribuent aux difficultés que connaissent les patients et les fournisseurs de soins ou qui ajoutent des étapes ou des dépenses superflues. Grâce à ces informations et aux données disponibles, les équipes d'amélioration du maillon santé de Peterborough ont élaboré et mis à l'essai des idées de changement qui en sont maintenant à l'étape de la mise en œuvre, notamment les plans personnalisés de soins intégrés, l'accélération du mouvement des clients ayant un problème de maladie mentale ou de toxicomanie des urgences vers l'équipe d'amélioration communautaire et enfin la facilitation des transitions entre l'hôpital, les fournisseurs de soins primaires et les organismes communautaires.

- **Maillon santé de Durham-Nord-Est**
  Lors de sa réunion du 24 juin 2013, le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a délimité les territoires que desserviraient les futurs maillons santés de même qu'un calendrier de mise en œuvre dans la grappe de Durham. Les fournisseurs de soins primaires et les organismes de santé de la grappe de Durham ont été invités à manifester leur intérêt à participer à l'un des deux maillons santé de Durham (Durham-Ouest et Durham-Nord-Est) en remplissant un formulaire de déclaration d'intérêt. Suite aux réponses reçues, il a été décidé de lancer le maillon santé Durham-Nord-Est. Les membres du maillon santé Durham-Nord-Est ont rempli une évaluation de préparation aux maillons santé qui a été soumise au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Cette évaluation établit le niveau d'alignement avec les principales fonctions du modèle des maillons santé et les caractéristiques des groupes de fournisseurs qui proposent de former un maillon santé.

- **Stratégie d'intégration des services de santé communautaires**
  Le 22 février 2012, le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a adopté la stratégie d'intégration des services de soutien communautaires et des centres de santé communautaires, qui a été lancée en avril 2012 et qui doit se terminer en 2015. Avec l'objectif stratégique de concevoir et mettre en place un modèle de prestation des services fondé sur les grappes à l'intention des services de soutien communautaires et des centres de santé communautaires pour 2015, le RLISS du Centre-Est a continué en 2013-2014 à aider les fournisseurs de services de santé locaux à identifier et mettre en œuvre les occasions d'intégration des services de première ligne, des fonctions administratives, des activités de direction ou de gouvernance, dans l'optique générale d'améliorer l'accès des clients à des services de qualité, de préparer le système en prévision des transformations à venir et de faire le meilleur usage possible des fonds publics.

- **Grappe de Durham – Partenariat de Durham zone Nord**
  Le Partenariat de Durham zone Nord, qui comprend des représentants de Community Care Durham, des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, section Ontario, de la municipalité régionale de Durham (programmes de jour pour adultes) et du Centre de santé communautaire (CSC) de Brock, a vu le jour en mars 2013. Le CSC de Brock a été nommé l'organisation chef du Partenariat. Les membres ont conclu en mai 2013 l'Entente de partenariat de Durham zone Nord. Cette entente a été signée par la direction exécutive ou un membre désigné de l'administration et les entités de gouvernance des quatre organisations en juin 2013. En juillet 2013, les partenaires de Durham zone Nord ont mis au point un plan stratégique et d'activités couvrant les trois prochaines années. La population ciblée par le Partenariat sont les personnes les plus à risque et le Partenariat compte offrir son soutien aux résidents de façon coordonnée et efficiente. Il a mis au point et offert des classes des conditionnement physique et de prévention des chutes dans les collectivités desservies, a travaillé avec le CASC pour répondre aux besoins de services dans la région au nord de Durham, a débuté la planification d'un service diagnostique itinérant dans un foyer de

soins de longue durée local, à mis au point des protocoles de partage des fonctions comptables et un processus collaboratif d'admission et d'évaluation. Le Partenariat de Durham zone Nord a aussi coparrainé une conférence captivante intitulée « Pour des collectivités rurales en santé : Joignez-vous au dialogue sur la santé mentale et la toxicomanie », qui a eu lieu le 4 octobre 2013 à Cannington.

- **Grappe de Durham – Sunrise Seniors et Community Care Durham**
  Le conseil d'administration de Sunrise Seniors a élaboré en collaboration avec Community Care Durham un plan de transition pour le transfert de la responsabilité des services de repas collectifs et de logements avec services de soutien de Sunrise à Community Care Durham à compter du 31 août 2013. Le transfert s'est déroulé sans aucune interruption pour les résidents des établissements de Sunrise Seniors et notamment sans interruption du service d'alerte médicale. Community Care Durham a signalé que plusieurs clients et leurs familles font maintenant appel aux autres services offerts par leur organisation, notamment les services de visite amicale et de transport. Les préposés aux services de soutien à la personne ont aussi un excellent accès aux services communautaires proposés par l'Oshawa Senior Citizen's Centre, qui se trouve tout juste en face de l'établissement pour personnes âgées de Sunrise (Durham).

- **Grappe de Durham - Durham Hospice et les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (section Ontario, région de Durham)**
  Les conseils d'administration du Durham Hospice et des Infirmières de l'Ordre de Victoria ont approuvé le plan d'intégration des services de santé communautaires qui proposait d'intégrer les services palliatifs des deux organisations. Une équipe composée de membres des deux organisations a mis au point un plan de mise en œuvre et les membres sont allés en faire la présentation devant leur conseil d'administration respectif. Le RLISS surveille les progrès de cette initiative, dont la mise en œuvre devrait avoir lieu en 2014-2015.

- **Grappe de Durham - Community Care Durham et Faith Place Support Services**
  Le Plan d'intégration des services de santé communautaires de la grappe de Durham proposait d'intégrer les services de repas collectifs et de logements avec services de soutien de Community Care Durham et de Faith Place Support Services. Les deux organisations ont élaboré un plan de mise en œuvre de l'intégration qui a été accepté par les deux conseils d'administration et la prestation de ces services a été transférée à Community Care Durham. L'intégration a eu lieu le 31 mars 2014 et elle a fait l'objet de commentaires élogieux de la part du personnel et des clients.

- **Grappe de Durham - Community Care Durham et les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (section Ontario, région de Durham)**
  Les conseils d'administrations de Community Care Durham et des Infirmières de l'Ordre de Victoria ont approuvé le plan d'intégration des services de visites bénévoles de Community Care Durham et des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (section Ontario, région de Durham). Les deux organisations ont rencontré leurs bénévoles et leurs clients en décembre et janvier dans le cadre de la préparation du plan de mise en œuvre de l'intégration, qui a été approuvé par leurs conseils d'administration respectifs. Le plan a été présenté au conseil d'administration du RLISS en mars 2013 et l'intégration a eu lieu le 31 mars 2014.

- **Grappe de Durham – le Centre de jeunes et le Centre de santé communautaire d'Oshawa**
  Les deux organisations ayant démontré leur volonté de poursuivre leur association, les conseils d'administration du Centre des santé communautaire d'Oshawa et du Centre de jeunes se sont unis pour mettre au point un plan d'orientation en vue de confirmer les modalités de réalisation des initiatives d'intégration prévues dans le plan d'intégration final des Services de santé communautaires de Durham. Le 24 juillet 2013, le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a avalisé le plan d'orientation approuvé auparavant par les conseils d'administration du Centre de jeunes et du Centre des santé

communautaire d'Oshawa. Ce plan stipule que les deux organisations s'entendent en principe pour ne plus former qu'un seul Centre de santé communautaire. Le plan de mise en œuvre de l'intégration a été approuvé par le conseil d'administration du Centre des santé communautaire d'Oshawa en décembre 2013 et rejeté par le conseil d'administration du Centre de jeunes. Le personnel du RLISS a procédé à une analyse approfondie du plan, qui a ensuite été présenté au conseil d'administration du RLISS lors de sa réunion publique du 26 février 2014. Les débats ont porté notamment sur la façon de répondre aux besoins des jeunes et des personnes âgées de Durham-Ouest. Par la suite, le RLISS a demandé aux deux conseils d'administration d'échanger sur le plan d'intégration et ses modalités et a examiné les occasions stratégiques d'élargissement des services aux jeunes et aux adultes de Durham-Sud. Le travail se poursuit en 2014-2015.

- **Grappe de Durham – Centre pour aînés d'Oshawa et Community Care Durham**
  Compte tenu de l'efficacité du modèle de prestation des services de podologie déjà en place dans la région de Durham, le Centre pour aînés d'Oshawa a conservé la responsabilité de ces services dans la ville d'Oshawa alors que Community Care Durham continue d'offrir les services de podologie dans le reste de la région. Le Centre pour aînés d'Oshawa et Community Care Durham ont collaboré pour améliorer la coordination de l'orientation et de la prestation des services de podologie entre les deux organisations.

- **Grappe du Nord-Est – Community Care City of Kawartha Lakes et centre de santé communautaire/Community Care Haliburton County/Association des services de santé des hautes-terres d'Haliburton/Hôpital Ross Memorial/Supportive Initiatives for Residents in the County of Haliburton (SIRCH Community Services)/Infirmières de l'Ordre de Victoria – section Ontario, Peterborough, Victoria et Haliburton**
  À compter de janvier 2013, un groupe de fournisseurs de services de santé (FSS) du comté d'Haliburton et de la ville de Kawartha Lakes s'est réuni dans le cadre du projet d'intégration des services de santé communautaires. Après des mois de travail et de mobilisation des partenaires, l'équipe de planification de l'intégration, qui était composée de cadres supérieurs de **six organismes locaux**, a mis au point un modèle intégré de prestation des services et de gouvernance qui a été inséré dans le « Plan d'intégration final – intégration des services de santé communautaires et hospitaliers – comté d'Haliburton et ville de Kawartha Lakes ». Le Plan d'intégration final recommandait l'adoption d'un nouveau mode de prestation des services de santé communautaires et hospitaliers en vue d'améliorer l'accès des clients à des services de qualité, préparer les structures en prévision des transformations futures du système de santé et faire le meilleur usage possible des fonds publics. Le plan a été présenté aux conseils d'administration des fournisseurs concernés en novembre et au début décembre 2013 et au conseil d'administration du RLISS le 18 décembre 2013. Le plan a été approuvé par toutes ces instances. Les organisations se sont attelées à la mise au point de plans de transition, conformément aux dispositions du Plan d'intégration final.

- **Grappe du Nord-Est – Hôpital Memorial de Campbellford/Campbellford Memorial Multicare Lodge/Community Care Northumberland/Branch 133 Legion Village/Hôpital Northumberland Hills/Centre de santé communautaire de Port Hope/Infirmières de l'Ordre de Victoria – section Ontario, comtés de Hastings, de Northumberland et de Prince Edward**
  Un autre groupe de fournisseurs de services de santé (FSS) provenant du comté de Northumberland a également décidé de participer au projet d'intégration des services de santé communautaires Après des mois de travail et de mobilisation des partenaires, l'équipe de planification de l'intégration, qui était composée de cadres supérieurs de **sept organismes locaux**, a mis au point un modèle intégré de prestation des services et de gouvernance qui a été inséré dans le « Plan d'intégration final – intégration des services de santé communautaires et hospitaliers – comté de Northumberland » a été approuvé par l'équipe de planification de l'intégration et par les conseils des organisations et du RLISS en février 2014. Les organisations se sont attelées à la mise au point de plans de transition, conformément aux dispositions du Plan d'intégration final.

- **Grappe du Nord-Est - Community Care Peterborough/Community Counselling and Resource Centre/Hospice Peterborough/Lovesick Lake Native Women's Association/St. John's Retirement Homes Inc./Infirmières de l'Ordre de Victoria, section Ontario**
  La stratégie d'intégration des services de santé communautaires de la ville et du comté de Peterborough a été lancée en août 2013 alors qu'un groupe de fournisseurs de services communautaires a mis sur pied une équipe de planification de l'intégration à Peterborough. Au mois de mars 2014, l'équipe avait élaboré, avec l'aide de leurs conseils d'administration respectifs, une déclaration d'orientation qui traçait les lignes directrices d'un modèle de prestation intégrée des services. L'équipe se préparait à diffuser ce modèle provisoire aux partenaires pour commentaires, pour ensuite modifier le modèle en conséquence et rédiger un plan d'intégration final, à présenter aux conseils d'administration des organismes en 2014-2015.

- **Grappe de Scarborough – centre de santé communautaire TAIBU/Scarborough Centre for Healthy Communities/St. Paul's L'Amoreaux Centre/TransCare Community Support Services/Centre for Immigrant and Community Services**
  La stratégie d'intégration des services de santé communautaires de Scarborough a été lancée en août 2013 quand un groupe de fournisseurs de services a mis sur pied une équipe de planification de l'intégration à Scarborough. Le 18 décembre 2013, un plan d'orientation qui avait auparavant été présenté au conseil d'administration de chaque organisme concerné a été présenté au conseil d'administration du RLISS du Centre-Est. Le conseil du RLISS a demandé à l'équipe de planification de l'intégration de poursuivre l'analyse du plan, qui avait reçu l'aval de quatre des cinq fournisseurs de services participants, en vue de mettre au point un modèle provisoire d'intégration de la prestation des services. On s'attend à ce que le plan d'intégration final soit présenté aux conseils d'administration des organismes concernés en 2014-2015.

- **Intégration volontaire des services post-traitement en matière d'agression sexuelle et d'agression familiale entre l'Hôpital de Scarborough et le Scarborough Centre for Healthy Communities**
  En juillet 2013, l'Hôpital de Scarborough et le Scarborough Centre for Healthy Communities ont présenté au RLISS du Centre-Est une proposition d'intégration volontaire dans le cadre de laquelle les organismes demandaient d'intégrer les services post-traitement en matière d'agression sexuelle et d'agression par un parent de l'Hôpital de Scarborough aux services existants du Scarborough Centre for Healthy Communities. Les services actifs offerts par Scarborough dans le cadre de ce programme ne faisaient pas partie de cette intégration volontaire. L'intégration volontaire a été réalisée en octobre 2013. En mettant au point un processus d'orientation et d'admission complet qui assure une transition en douceur, les clients ont maintenant accès plus facilement à des services-conseils en matière d'agression sexuelle et de violence familiale et à plus de services communautaires comme l'accès à des soins primaires et à des services de soutien supplémentaires qui assurent un meilleur suivi des clients.

- **Ontario Shores/Hôpital Northumberland Hills/Hôpital Memorial de Campbellford – Intégration des services communautaires en santé mentale**
  Les programmes communautaires en santé mentale de l'Hôpital Northumberland Hills, de l'Hôpital Memorial de Campbellford et du Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores ont fait l'objet d'une intégration volontaire en 2010. L'Hôpital Northumberland Hills avait formé un partenariat avec Ontario Shores dans le but de consolider leur programme respectif et améliorer l'accès aux soins en santé mentale. Le succès de ce partenariat a convaincu l'Hôpital Memorial de Campbellford de soumettre une proposition d'intégration volontaire au RLISS du Centre-Est le 23 août 2013 en vue de se joindre à Northumberland Hills et à Ontario Shores. Ce partenariat, qui a été accepté par le conseil d'administration du RLISS, avait les visées suivantes :
  - améliorer la capacité d'offrir des services et des mesures de soutien en santé mentale axés sur la qualité;
  - coordonner plus efficacement ces services et mesures de soutien;

- réduire le temps d'hospitalisation et les temps d'attente pour les services spécialisés;
- permettre aux clients d'accéder aux services et mesures de soutien dont ils ont besoin plus près de chez eux.

Depuis qu'elles sont allées de l'avant avec le projet, les trois organisations ont mis au point des mesures conjointes de supervision et de formation à l'intention du personnel de première ligne, ont synchronisé leur documentation clinique électronique, ont recruté des psychiatres en vue de réduire les temps d'attente et ont fait un usage efficace du Réseau Télémédecine Ontario pour faciliter l'accès aux services spécialisés.

- **Intégration facilitée de l'Hôpital de Scarborough et de Rouge Valley**

Au printemps 2013, le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a demandé à l'Hôpital de Scarborough de s'associer au Rouge Valley Health System pour procéder à une intégration facilitée et mettre en place un modèle de prestation de services hospitaliers dans la grappe de Scarborough.

L'objectif étant de mettre au point un plan d'intégration pour le début septembre 2013, de le soumettre au conseil d'administration de leurs hôpitaux respectifs avant la fin de septembre et de le présenter au conseil d'administration du RLISS du Centre-Est en octobre 2013, un comité de direction de l'intégration a été mis sur pied pour mobiliser et entendre les résidents, patients, soignants, bénévoles, personnel de première ligne, médecins, partenaires des administrations locales et autres partenaires du domaine de la santé au sujet de la mise en place d'un modèle hospitalier intégré pour la prestation des services de santé à Scarborough.

En janvier 2014, les deux hôpitaux ont soumis conjointement au RLISS du Centre-Est un *avis d'intention de fusionner* après avoir élaboré un plan d'intégration avec leurs médecins, leur personnel et les membres de la collectivité. Après avoir déposé leur avis, les deux hôpitaux ont élaboré ensemble de la documentation complémentaire et ont confirmé le niveau de soutien financier dont ils auraient besoin pour fusionner les deux organisations, en particulier pour ce qui a trait à la planification des immobilisations et au fonds de fonctionnement.

En mars 2014, le conseil d'administration de Rouge Valley a adopté la motion de procéder à la fusion, tandis que le conseil d'administration de l'Hôpital de Scarborough a décidé de ne pas procéder. Les hôpitaux ont donc annulé l'*avis d'intention de fusionner*.

Le personnel du RLISS poursuit son travail auprès des deux hôpitaux, de leur direction administrative, de leurs médecins chefs et de leur personnel en vue d'intégrer les services administratifs et programmes cliniques appropriés en vue d'améliorer l'accès et la qualité des services, et soutenir la transformation du système de santé. Le travail d'intégration des services administratifs et cliniques désignés doit se poursuivre en 2014-2015 afin d'améliorer la qualité, la sécurité, l'accessibilité et la responsabilité financière.

ANALYSE DU RENDEMENT OPÉRATIONNEL DU RLISS DU CENTRE-EST

En 2013-2014, le RLISS du Centre-Est a reçu un budget de fonctionnement total de 6,6 millions de dollars, réparti comme suit : 4,5 millions $ pour le fonctionnement et 2,1 millions $ de financement supplémentaire, tel qu'indiqué dans les états financiers (note 8). Le RLISS du Centre-Est a exercé une gestion financière prudente de façon à équilibrer son budget de fonctionnement interne et atteindre son objectif de terminer l'année avec un surplus de moins de 1 %. Le financement supplémentaire pour projets spéciaux a permis au RLISS du Centre-Est de mettre en place différentes initiatives portant notamment sur la planification de la santé chez les Autochtones, l'évaluation et la surveillance des soins d'urgence, les projets relatifs aux technologies d'habilitation, le soutien à la prestation d'un médecin chef pour les services des urgences du RLISS du Centre-Est, les services en français et certains projets auprès des Autochtones. Le RLISS a reçu un financement continu pour les soins primaires et un financement annuel pour la santé vasculaire et la lutte contre le diabète.

Le financement lié aux soins primaires servait à ouvrir un poste de médecin chef du RLISS dans le but d'améliorer les services de soins primaires, soutenir de soins primaires appropriés, accessibles et effectifs et prévenir les visites non nécessaires aux urgences. Les responsabilités en matière de santé vasculaire et de lutte contre le diabète comprenaient les objectifs et livrables pour la coordination régionale des services aux diabétiques et la prestation de notre cible de santé vasculaire.

Le RLISS du Centre-Est a poursuivi la mise au point d'un rapport détaillé d'évaluation du risque qui introduit un mécanisme de déclaration du risque couru par un organisme qui permet d'évaluer le risque, de déterminer les options d'atténuation et de produire la structure de base d'un plan de gestion du risque. Ce rapport a été présenté annuellement au ministère et le RLISS a continué d'identifier et d'atténuer les risques en vérifiant la conformité aux directives, aux processus d'affaires et aux pratiques de gouvernance et en appliquant les stratégies de gestion du risque appropriées.

La structure organisationnelle du RLISS du Centre-Est est un modèle basé sur la collaboration qui a permis au RLISS d'atteindre ses cibles stratégiques en améliorant les flux de travail internes. La désignation de co-chefs agissant comme autant de « points de contact » dans chaque secteur qui relève du RLISS du Centre-Est – les hôpitaux, le CASC, les services de soutien communautaire et les centres de santé communautaires, les fournisseurs de services en santé mentale et toxicomanie et les foyers de soins de longue durée – a permis d'améliorer le soutien pour les questions et problèmes liés à ces secteurs.

Le programme de gestion du rendement du RLISS du Centre-Est a continué d'assurer que toutes les positions soutiennent les objectifs de l'organisation, atteignent leurs objectifs particuliers et identifient les occasions de développement. L'organisation du RLISS du Centre-Est est divisée en trois unités distinctes – gestion générale (gouvernance, communications, soutien opérationnel), conception et mise en œuvre des systèmes (intégration, amélioration de la qualité, planification des systèmes) et gestion des finances et du rendement (finances, rendement). Avec l'aide fournie par ProfessionsSantéOntario et les fonds additionnels du programme de santé vasculaire et de lutte contre le diabète, le personnel composé de 42 équivalents temps plein ont géré efficacement le système de santé de deux milliards de dollars pour assurer le mieux-être des résidents du RLISS du Centre-Est.

Le code de conduite du RLISS du Centre-Est, élaboré en 2010 par le personnel du RLISS et adopté en novembre 2010 par le conseil d'administration du RLISS, est le guide et la référence de tous les employés et administrateurs pour tout ce qui concerne les interactions et décisions quotidiennes et le code aide les employés et les administrateurs à collaborer plus efficacement. En 2013-2014, la structure de soutien de la mise en application du code a compris des mesures de promotion continue de la part du personnel, la mise en place d'une procédure de conformité, l'élaboration continue de politiques et des mesures de sensibilisation.

http://www.centraleastRLISS.on.ca/Page.aspx?id=18896&ekmensel=e2f22c9a_72_184_18896_2

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Deloitte LLP
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto ON M2N 6L7
Canada

Tel: 416-601-6150
Fax: 416-601-6151
www.deloitte.ca

Deloitte.

À l'intention des membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (le « RLISS »), qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du RLISS au 31 mars 2014, ainsi que de ses résultats, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte S.E.N.C.R.L/s.r.l

Comptables professionnels agréés, comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 28 mai 2014

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

État de la situation financière au 31 mars 2014

	2014	2013
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	672 385	692 314
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère »)	14 644 300	4 507 430
Débiteurs	46 133	45 680
Montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS (« BSPR »)	7 266	40 267
	15 370 084	5 285 691
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	533 612	541 153
Montant à verser au BSPR	1 464	-
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé	14 644 300	4 507 430
Montant à verser au Ministère (note 3b)	44 335	268 988
Montant à verser au RLISS du Centre-Ouest (note 3c)	172 238	-
Apports de capital reportés (note 5)	211 679	212 202
	15 607 628	5 529 773
Dette nette	(237 544)	(244 082)
Engagements (note 6)		
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	25 865	31 880
Immobilisations corporelles (note 7)	211 679	212 202
	237 544	244 082
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le Conseil

Original signé par

David Sudbury, Administrateur

Original signé par

Wayne Gladstone, Administrateur

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

État des résultats
pour l'exercice clos le 31 mars 2014

	Budget (note 8)	Montant réel 2014	Montant réel 2013
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère »)			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2,084,259,282	2,207,469,168	2,163,791,335
Activités du RLISS	4,534,130	4,472,532	4,388,751
Chef de service des urgences (note 10a)		75,000	75,000
Interventions d'urgence – Autre niveau de soins Urgences – ANS (note 10b)		100,000	100,000
Planification autochtone (note 10c)		20,000	20,000
Services de cybersanté (note 10d)		802,027	580,000
Soins aux malades en phase critique (note 10e)		75,000	75,000
Services en français (note 10f)		106,000	106,000
Diabète et santé cardio-vasculaire (note 10g)		779,061	127,717
Financement non récurrent lié au diabète et à la santé cardio-vasculaire (note 10g)		30,000	122,100
Financement au titre de la physiothérapie (note 10h)		27,344	-
Soins primaires (note 10i)		75,000	75,000
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)		124,356	170,700
	2,088,793,412	2,214,155,488	2,169,631,603
Financement remboursable au Ministère (note 3a)		(216,573)	(268,988)
	2,088,793,412	2,213,938,915	2,169,362,615
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2,084,259,282	2,207,469,168	2,163,791,335
Frais généraux et administratifs (note 11)	4,534,130	4,586,844	4,540,884
Chef de service des urgences (note 10a)		72,000	72,000
Urgences – ANS (note 10b)		91,753	75,955
Planification autochtone (note 10c)		11,489	1,525
Services de cybersanté (note 10d)		629,789	460,669
Soins aux malades en phase critique (note 10e)		72,000	72,000
Services en français (note 10f)		106,000	106,000
Diabète et santé cardio-vasculaire (note 10g)		767,528	78,357
Financement non récurrent lié au diabète et à la santé cardio-vasculaire (note 10g)		30,000	88,890
Financement au titre de la physiothérapie (note 10h)		27,344	-
Soins primaires (note 10i)		75,000	75,000
	2,088,793,412	2,213,938,915	2,169,362,615
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-	-

État de la variation de la dette nette

État de la variation de la dette nette pour l'exercice clos le 31 mars 2014

	Budget	Montant réel 2014	Montant réel 2013
	$	$	$
Surplus de l'exercice	-	-	-
Acquisition d'immobilisations corporelles	-	**(123 833)**	(145 379)
Amortissement des immobilisations corporelles	-	**124 356**	170 700
Variation des autres actifs non financiers	-	**6 015**	3 809
Diminution de la dette nette	-	**6 538**	29 130
Dette nette au début	-	**(244 082)**	(273 212)
Dette nette à la fin	-	**(237 544)**	(244 082)

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

État des flux de trésorerie
pour l'exercice clos le 31 mars 2014

	2014	2013
	$	$
Activités d'exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations corporelles	**124 356**	170 700
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	**(124 356)**	(170 700)
	-	-
Variation des éléments sans effet sur la trésorerie liés à l'exploitation		
Augmentation du montant à recevoir du Ministère	**(10 136 870)**	(1 413 630)
(Augmentation) diminution des débiteurs	**(453)**	187 911
Diminution du montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS (« BSPR »)	**33 001**	-
(Diminution) augmentation des créditeurs et charges à payer	**(7 541)**	202 943
Augmentation du montant à verser au BSPR	**1 464**	-
Augmentation du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	**10 136 870**	1 413 630
Diminution du montant à verser au Ministère	**(224 653)**	(240 312)
Augmentation du montant à verser au RLISS du Centre-Ouest	**172 238**	-
Diminution des charges payées d'avance	**6 015**	3 809
	(19 929)	154 351
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations corporelles	**(123 833)**	(145 379)
Financement		
Apports de capital reçus (note 5)	**123 833**	145 379
(Diminution) augmentation nette de la trésorerie	**(19 929)**	154 351
Trésorerie au début	**692 314**	537 963
Trésorerie à la fin	**672 385**	692 314

Notes Complémentaires

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), sous l'appellation Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (le « RLISS »), et ses lettres patentes ont été dissoutes. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS du Centre-Est, qui comprend des régions rurales et urbaines, est le sixième plus grand RLISS en Ontario en termes de territoire (16 673 km^2). Présent dans des villes densément peuplées, dans des banlieues, dans des régions rurales agricoles, dans des régions de chalets et dans des régions plus éloignées, le RLISS du Centre-Est s'étend du parc Victoria au parc Algonquin. La population de nos zones de planification est riche en différentes valeurs communautaires, origines ethniques, langues et caractéristiques socio-démographiques. Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et des activités du RLISS.

Le RLISS est financé par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de rendement des RLISS (l'« entente de rendement ») conclue avec le Ministère décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère. Le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère. Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé, avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert au Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Le RLISS du Centre-Est est également financé par cyberSanté Ontario, en vertu d'une entente de paiement de transfert des RLISS (l'« entente de paiement de transfert ») conclue avec cyberSanté Ontario décrivant des arrangements budgétaires pris par cyberSanté Ontario. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par cyberSanté Ontario, et le RLISS du Centre-Est ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par cyberSanté Ontario.

Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS sont imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2014.

Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services.

2. Principales méthodes comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les principales méthodes comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

2. Principales méthodes comptables (suite)

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments sans effet sur la trésorerie comme l'amortissement des immobilisations corporelles.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis. Ces sommes sont comptabilisées à la clôture de la période au titre des montants à verser au Ministère.

Les paiements de financement octroyés aux fournisseurs de services de santé situés dans la zone géographique du RLISS sont comptabilisés dans les états financiers du RLISS. Le financement octroyé par le Ministère est reflété à titre de produits, et un montant équivalent au titre des paiements de transfert versés aux fournisseurs de services de santé autorisés est passé en charges dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2014.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations corporelles est constatée à titre d'apports de capital reportés et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des résultats est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations corporelles.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à leur juste valeur estimée en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations corporelles est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

2. Principales méthodes comptables (suite)

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé. Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Mobilier et agencements de bureau	5 ans (méthode linéaire)
Développement Web	3 ans (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Informations sectorielles

Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des résultats et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les éléments importants assujettis à ces estimations et hypothèses comprennent l'évaluation des charges à payer et la durée de vie utile des immobilisations corporelles. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de paiement de transfert, le RLISS du Centre-Est doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère ou à cyberSanté Ontario, respectivement.

a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

			2014	2013
	Financement reçu	**Charges admissibles**	**Excédent**	Excédent
	$	**$**	**$**	**$**
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	**2 207 469 168**	**2 207 469 168**	**–**	–
Activités du RLISS	**4 596 888**	**4 586 844**	**10 044**	18 567
Urgences – ANS	**100 000**	**91 753**	**8 247**	24 045
Chef de service des urgences	**75 000**	**72 000**	**3 000**	3 000
Soins aux malades en phase critique	**75 000**	**72 000**	**3 000**	3 000
Technologies habilitantes	**–**	**–**	**–**	119 331
Planification autochtone	**20 000**	**11 489**	**8 511**	18 475
Services en français	**106 000**	**106 000**	**–**	–
Diabète et santé cardio-vasculaire	**779 061**	**767 528**	**11 533**	49 360
Financement non récurrent lié au diabète et à la santé cardio-vasculaire	**30 000**	**30 000**	**–**	33 210
Soutien en cas de troubles du comportement	**27 344**	**27 344**	**–**	–
Chef des soins primaires	**75 000**	**75 000**	**–**	–
Montant directement remboursable au Ministère	**2 213 353 461**	**2 213 309 126**	**44 335**	268 988
Montant au titre des technologies habilitantes à rembourser au Ministère par l'entremise du RLISS du Centre-Ouest	**802 027**	**629 789**	**172 238**	–

	2 214 155 488	**2 213 938 915**	**216 573**	268 988

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2014	2013
	$	$
Montant à verser au Ministère au début	**268 988**	331 749
Recouvrement auprès du Ministère au cours de l'exercice	**(268 988)**	(331 749)
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	**44 335**	268 988
Montant à verser au Ministère à la fin	**44 335**	268 988

3. Financement remboursable au Ministère (suite)

c) En date du 1er février 2012, le RLISS a conclu une entente avec les RLISS du Centre, du Centre-Ouest, du Centre-Est, de Toronto-Centre, de Mississauga Halton et de Simcoe Nord Muskoka (le « groupement ») afin d'assurer une mise en œuvre efficace des programmes et des initiatives de cybersanté sur le territoire du groupement. En vertu de cette entente, les décisions relatives aux activités financières et aux activités d'exploitation du bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration sont prises en commun. Aucun RLISS n'est en mesure d'exercer un contrôle unilatéral.

Les états financiers du RLISS reflètent la partie qui lui revient du financement fourni par le Ministère au groupement en ce qui a trait au bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration et aux dépenses connexes.

Le tableau suivant présente de l'information financière résumée :

	2014	2013
	$	$
Produits	802 027	–
Charges	629 789	–
Surplus accumulé à verser au RLISS	172 238	–

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») et le Partenariat des RLISS (le « PRLISS ») sont des divisions du RLISS de Toronto-Centre et sont assujetties aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR et le PRLISS sont responsables, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

5. Apports de capital reportés

	2014	2013
	$	$
Solde au début	212 202	237 523
Apports de capital reçus au cours de l'exercice	123 833	145 379
Amortissement pour l'exercice	(124 356)	(170 700)
Solde à la fin	211 679	212 202

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront également très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location le 31 octobre 2020 s'établissent comme suit :

	$
2015	250 361
2016	251 511
2017	254 721
2018	257 948
2019 et par la suite	677 433
	1 691 974

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les cibles en matière de planification des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé en vertu des ententes de responsabilité actuellement en vigueur s'établissent comme suit :

	$
2015	2 152 849 191
2016	2 152 434 291

Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement réel du RLISS par le Ministère.

7. Immobilisations corporelles

			2014	2013
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Mobilier et agencements de bureau	741 340	556 600	184 740	150 382

Matériel informatique	**317 847**	**300 325**	**17 522**	11 107
Développement Web	**36 100**	**28 507**	**7 593**	7 593
Améliorations locatives	**668 028**	**666 204**	**1 824**	43 120
	1 763 315	**1 551 636**	**211 679**	212 202

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des résultats reflètent le budget initial au 1er avril 2013. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Les tableaux suivants présentent les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement total des fournisseurs de services de santé de 2 207 469 168 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget de financement initial des fournisseurs de services de santé	**2 084 259 282**
Financement supplémentaire par suite d'annonces faites au cours de l'exercice	**123 209 886**
Budget final du financement des fournisseurs de services de santé	**2 207 469 168**

8. Chiffres du budget (suite)

Le budget d'exploitation total révisé de 6 685 802 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial présenté à l'état des résultats	**4 534 130**
Financement additionnel reçu relativement à des initiatives non récurrentes :	
Urgences – ANS	**100 000**
Chef de service des urgences	**75 000**
Soins aux malades en phase critique	**75 000**
Technologies habilitantes	**802 027**
Planification autochtone	**20 000**
Services en français	**106 000**
Diabète et santé cardio-vasculaire	**871 301**
Soins primaires	**75 000**
Financement au titre de la physiothérapie	**27 344**
Total du budget	**6 685 802**

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS a l'autorisation d'accorder un financement total de 2 207 469 168 $ (2 163 791 335 $ en 2013) aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2014 :

	2014	2013
	$	$
Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé		–
Gestion d'hôpitaux	**1 260 843 365**	1 263 345 821
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	**279 675**	281 250

Centres de soins de longue durée	**428 323 700**	414 237 631
Centres d'accès aux soins communautaires	**252 697 822**	241 514 062
Services de soutien communautaires	**41 483 398**	34 631 413
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	**14 634 683**	13 880 255
Centres de soins de santé communautaires	**29 231 688**	22 142 397
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	**64 683 560**	59 747 858
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	**113 654 937**	112 515 437
Lésion cérébrale acquise	**1 610 915**	1 469 786
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux psychiatriques	**25 425**	25 425
	2 207 469 168	2 163 791 335

10. Financements distincts accordés au RLISS du Centre-Est par le Ministère et cyberSanté Ontario relativement à certains projets

a) Chef de service des urgences

Le RLISS a reçu un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2013) relativement aux fonctions du chef de service des urgences. Les charges liées aux fonctions du chef de service des urgences engagées au cours de l'exercice comprennent un montant de 72 000 $ en honoraires de services-conseils (72 000 $ en 2013).

10. Financements distincts accordés au RLISS du Centre-Est par le Ministère et cyberSanté Ontario relativement à certains projets (suite)

b) Urgences – ANS

Le RLISS a reçu un financement de 100 000 $ (100 000 $ en 2013) relativement au projet Urgences – ANS. Les charges liées au projet Urgences – ANS engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 90 000 $ en salaires et charges sociales (75 133 $ en 2013) et des charges diverses de 1 753 $ (822 $ en 2013).

c) Planification autochtone

Le RLISS a reçu un financement de 20 000 $ (20 000 $ en 2013) relativement au projet de planification autochtone. Les charges liées au projet de planification autochtone engagées au cours de l'exercice comprenaient des charges diverses de 11 489 $ (1 525 $ en 2013).

d) Technologies habilitantes aux fins du bureau de gestion des projets d'intégration

Le RLISS a reçu un financement de 802 027 $ (580 000 $ en 2013) relativement au projet lié aux technologies habilitantes. Les charges relatives au projet lié aux technologies habilitantes engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2014	2013

	$	$
Services-conseils	3 359	–
Salaires et charges sociales	308 260	315 773
Frais liés aux réunions	1 297	5 410
Fournitures et autres	316 874	139 486
	629 790	460 669

e) Soins aux malades en phase critique

Le RLISS a reçu un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2013) relativement au projet de soins aux malades en phase critique. Les charges liées au projet de soins aux malades en phase critique engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 72 000 $ en honoraires de services-conseils (72 000 $ en 2013).

f) Services en français

Le RLISS a reçu un financement de 106 000 $ (106 000 $ en 2013) relativement au projet de services en français. Les charges liées au projet de services en français engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 95 188 $ en salaires et charges sociales (100 478 $ en 2013) et des charges diverses de 10 812 $ (5 523 $ en 2013).

g) Diabète et santé cardio-vasculaire

Le RLISS a reçu un financement de base de 841 301 $ (249 817 $ en 2013) et un financement non récurrent de 30 000 $. Une tranche de 809 061 $ de ces montants est comprise dans l'état des résultats et une autre tranche de 62 240 $ est incluse dans le poste Apports de capital reportés de l'état de la situation financière. Les charges de 797 528 $ engagées sont incluses dans l'état des résultats et se présentent comme suit :

	2014	2013
	$	$
Salaires et charges sociales	539 126	57 051
Charges d'exploitation	228 402	21 306
Charges non récurrentes	30 000	88 890
	797 528	167 247

10. Financements distincts accordés au RLISS du Centre-Est par le Ministère et cyberSanté Ontario relativement à certains projets (suite)

g) Diabète et santé cardio-vasculaire (suite)

De plus, des achats d'immobilisations d'un montant de 62 240 $ sont compris dans les immobilisations corporelles dans l'état de la situation financière.

h) Physiothérapie

Au cours de l'exercice 2014, le RLISS a reçu un financement de 27 344 $ (néant en 2013) qui a servi à financer des ressources visant à soutenir l'initiative relative à la physiothérapie. Les charges liées au projet engagées au cours de l'exercice comprenaient des charges de services-conseils de 27 344 $ (néant en 2013).

i) Soins primaires

Le RLISS a reçu un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2013) relativement aux soins primaires. Les charges liées aux soins primaires engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 74 851 $ en honoraires de services-conseils (75 000 $ en 2013) et un montant de 149 $ en Frais liés aux réunions (néant en 2013).

11. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des résultats présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente ces mêmes charges par objet :

	2014	2013
	$	$
Salaires et charges sociales	**3 431 592**	3 338 338
Charges locatives	**254 138**	175 397
Amortissement	**124 356**	170 700
Services partagés	**406 019**	429 020
Activités communautaires	**12 048**	15 352
Services-conseils	**29 702**	74 029
Fournitures	**131 616**	95 930
Charges des membres du Conseil	**90 405**	90 979
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	**1 922**	2 262
Autres	**105 046**	148 877
	4 586 844	4 540 884

Les charges des membres du Conseil incluent les indemnités quotidiennes et les charges liées au Conseil suivantes :

	Budget 2014	2014	2013
	$	$	$
Charge au titre des indemnités quotidiennes du président du Conseil	74 000	30 100	28 110
Charge au titre des indemnités quotidiennes des autres membres du Conseil	50 000	36 525	46 067
Frais de gouvernance et de déplacement	20 000	23 780	16 802
Charges totales	144 000	90 405	90 979

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Healthcare of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime multi-employeurs, pour le compte d'environ 33 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice 2014 s'est établi à 329 175 $ (276 327 $ en 2013) et ce montant a été passé en charges dans l'état des résultats. La dernière évaluation actuarielle du régime a été effectuée au 31 décembre 2013. À ce moment, le régime était entièrement capitalisé.

13. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

14. Chiffres correspondants

Certains chiffres correspondants ont été reclassés afin que leur présentation soit conforme à celle adoptée pour l'exercice considéré.

MEMBRES DU PERSONNEL

Rangée avant
Marco Aguila, Paul Barker, Kelly Sanders, Karen Poon, Kate Lowndes, Chantelle Vernon, Jennifer Persaud, Janice Kelly, Usha Cithiravel, Emily Van de Klippe

Seconde rangée
Alex Ruppert, Sheila Rogoski, Christine Laity, Linda Henry, Ritva Gallant, Deborah Hammons, Trixie Williams, Romina Vicente, Lisa Kitchen, Callum Anderson, Jai Mills, Katie Cronin-Wood

Troisième rangée
Natasha Yussuf, Vanitha Navarathinam, Sherry Harvey, Kasia Luebke, Karol Eskedjian, Karen O'Brien

Rangée arriére
Adam Erwood, Suzette Stines-Walford, Sheila Stirling, Janet Boland, Dieufert Bellot, Brian Laundry, Lauren Chitra, Pauline Rahaman, Jeanne Thomas, James Meloche

Absents
Melissa Chard, James Draper, Tapas Kar, Jina Mintsinikas, Indra Narula, Marilee Suter, Sue Wojdylo, Jennifer Kerswill

COORDONNÉES

Téléphone	905-427-5497 1-866-804-5446
télécopieur	905-427-9659
Adresse	Harwood Plaza 314 Harwood Avenue South, bureau 204A Ajax, ON L1S 2J1
Courriel	centraleast@RLISSs.on.ca

ISSN 1911-3331 Print

Ontario

Réseau local d'intégration
des services de santé